Rok XLVIII. Kraków, dnia 4. grudnia 1909. Nr 49.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

O śluzowiaku kości sitowej.

Napisał

Prof. Dr Aleksander Baurowicz.

Śluzowiakiem (mucocele) kości sitowej nazywamy rozdęty pęcherz kostny pochodzenia płodowego, w przedniej części małżowiny nosowej średniej. Choć taki pęcherz kostny najczęściej rozdyma się ku jamie nosowej i nieraz dochodzi do olbrzymich rozmiarów, zdarza się także, że rozdyma się ku oczodołowi, ku jamie czołowej lub szczękowej i wskutek tego występują często objawy, które utrudniają rozpoznanie i stają się powodem pomyłek. W najrzadziej zdarzających się przypadkach, brak jakichkolwiek zmian od strony jamy nosowej utrudnia rozpoznanie śluzowiaka kości sitowej, gdy mamy tylko pewne objawy ze strony oczodołu, jamy czołowej lub szczękowej, pojedynczo lub wspólnie występujące. Przeważnie jednak znajdujemy już w nosie w zakresie przedniego końca kości sitowej rozdęcie, które zwraca naszą uwagę na obecność pęcherza kostnego i w ten sposób stawia we właściwem świetle objawy ze strony obszaru czy obszarów sąsiednich.

Z objawów, które występują w sąsiednim obszarze śluzowiaka kości sitowej, stosunkowo najczęstsze są objawy ze strony oczodołu, a przedstawiają tak różne i zajmujące obrazy, iż prawie każdy przypadek, znany z piśmiennictwa, ma w sobie pewną odrębność, która go czyni wartym ogłoszenia. Najbardziej zajmujący jest przypadek tego rodzaju, gdzie przy zupełnym braku jakichś objawów zewnętrznych, nawet tych, które dałyby się dopiero wykryć przez obmacanie dostępnych części ścian oczodołu, jako jedyny objaw ze strony oczodołu znajdujemy wysadzenie gałki ocznej. Zdarza się to w przypadkach, w których śluzowiak kości sitowej rozdyma się ku tylnej części oczodołu.

W innym przypadku znajdziemy gałkę oczną mniej wysadzoną, tylko ewentualnie w ruchach częściowo ograniczoną, przez co przy pewnych ustawieniach gałki ocznej znaleść możemy dwuwidzenie. Przy spoglądaniu ku dołowi i wewnątrz lub ku górze i wewnątrz doznają chorzy przeszkody, która im utrudnia patrzenie w tych kierunkach. To utrudnienie zauważają chorzy najczęściej sami i w tych przypadkach znajdujemy zazwyczaj już wyraźne wydęcie wewnętrznej ściany oczodołu, które rozciągać się może także ku ścianie dolnej względnie górnej oczodołu, a nawet jedną z nich może głównie, czy wyłącznie zajmować.

Oprócz ogłoszonego przezemnie przypadku śluzowiaka kości sitowej (»Przegląd lekarski« 1901 Nr 27) z wydęciem dolnej części wewnętrznej ściany oczodołu, spostrzegałem niedawno przypadek inny, gdzie wydęcie ściany oczodołu zajmowało wewnętrzną część górnej ściany oczodołu, blizko brzegu brwiowego, tak iż wydęcie to zdawało się mieć związek z jamą czołową, a dopiero badanie wnętrza nosa wyjaśniło, iż chodzi tu o śluzowiaka kości sitowej, który rozszerzył się w kierunku zatoki czołowej.

Choć śluzowiak, który choremu może sprawiać pewne przypadłości, przeważnie ze strony nosa, potrzebuje dłuższego czasu do wytworzenia się, przecież zdarza się czasem, iż wytwarza się on szybko i wtedy ze względu na treść jego, często ropną, nazywamy go już słuszniej ropniakiem, mianowicie ropniakiem ostrym, dla odróżnienia od ropniaka przewlekłego, który przedstawia zropiałego śluzowiaka. Treść śluzowiaka, zwykle surowicza, może z czasem, nawet bez komunikacyi ze światłem zewnętrznym, zamienić się na ropną, częściej jednak zdarza się to, gdy śluzowiak otworzy się na zewnątrz, zazwyczaj ku jamie nosowej, ale niekiedy i w okolicy wewnętrznego kąta oka. Takie samoistne otworzenie się śluzowiaka względnie ropniaka, mianowicie w jamie nosowej, może sprowadzić samowyleczenie się pęcherza kostnego, przeważnie jednak treść pęcherza wydziela się dalej, częściowo zalega, tak, iż rozdęcie się pęcherza może się zwiększać, a z nim i inne objawy w sąsiedztwie mogą nietylko utrzymywać się nadal, ale nawet się wzmagać.

Wyleczenie pewne sprowadza tylko zabieg chirurgiczny, najczęściej wykonany od strony nosa, przeważnie niewielki, polegający na wyłamaniu dolnej ściany pęcherza kostnego. Jeżeli jednak pęcherz kostny zajmuje więcej wnętrze jamy nosowej, postąpimy najlepiej, wycinając jak najwięcej ze ścian pęcherza.

Spostrzegany przezemnie przypadek budzi wielkie zajęcie dlatego, że tak podanie chorego, jak również częściowo stan przedmiotowy, przemawiały za schorzeniem zatoki czołowej, a dopiero badanie wnętrza nosa wytłómaczyło sprawę chorobową.

19. lipca b. r. przedstawił mi się chory, lat 47 liczący, z podaniem, iż od października roku zeszłego doznaje gwałtownych bolów w czole, w okolicy łuku brwiowego; niedługo też potem miał zauważyć wypuklenie w okolicy łuku brwiowego od strony oczodołu. Wypuklenie to było twarde i przy nieustających bólach w tej stronie czoła, zwiększało się powoli. Z czasem, gdy wypuklenie to stało się większe, nietylko zeszpeciło tę połowę twarzy chorego, ale także zaczęło przy spoglądaniu na lewo i ku górze choremu przeszkadzać; od strony nosa chory nie zauważał żadnych przypadłości. Dopiero od dwóch tygodni, a więc mniej więcej od początku lipca b. r., zauważył przy ucieraniu nosa pokazywanie się wydzieliny ropnej, a nadto spostrzegł, iż przy silnem ugnieceniu wspomnianego wypuklenia w okolicy oczodołu, również wydzielina do jamy nosowej wypływała. Od tej chwili, gdy wydzielina z nosa pokazywać się zaczęła, bole w czole znacznie się zmniejszyły. Jakiegoś utrudnienia w oddychaniu nosem chory nie doznawał i jedynie wspomniana ropna wydzielina z nosa zmusiła go w końcu do szukania pomocy lekarskiej.

Pierwsze, co zwracało uwagę przy spojrzeniu na cho-

rego, była obecność guza płaskiego, wielkości orzecha laskowego, w prawej wewnętrznej części górnej ściany oczodołu, blizko łuku brwiowego i wewnętrznego kąta oka. Skóra górnej powieki dawała się z łatwością przesuwać ponad guzem, guz sam był twardy, zbitości kości, tylko w środku było miejsce podatne, które przy głębszym ucisku przedstawiało się wyraźnie jako otwór w guzie. Przeświecanie okolicy guza lampką elektryczną dawało wyraźne przyciemnienie w zakresie prawej zatoki czołowej. Przy badaniu wnętrza jamy nosowej spostrzegało się natychmiast guz, który zajmował przedni koniec małżowiny średniej, a mianowicie jej dolną powierzchnię. Guz ten, wielkości orzecha laskowego, dosięgał przegrody nosowej, zresztą prawidłowo ustawionej, ponad guzem górny przewód nosowy był wolny, podobnie częściowo i przewód średni; małżowina dolna i przewód nosowy dolny były prawidłowe. Guz ten w zakresie małżowiny średniej był pokryty zgrubiałą zaczerwienioną błoną śluzową i sprawiał przy dotykaniu wrażenie kosci. W chwili gdy badałem, nie było w jamie nosowej, względnie w okolicy guza, żadnej nieprawidłowej wydzieliny, dopiero, gdy sam chory ugniótł guz w okolicy oczodołu, w środku przedniej powierzchni, nieco ku górze zjawiła się na guzie od jamy nosowej kropla gęstej, żółtej, ropnej wydzieliny. Obecność tej kropli wydzieliny stanowiła dla zgłębnika drogowskaz i zaprowadziła go do obszernej jamy, z której obok zgłębnika wypływała obficie ropa, poczem chory uczuł szczególną ulgę, jak nigdy przedtem.

Na podstawie wyniku badania jamy nosowej nie ulegało już żadnej wątpliwości, iż mamy przed sobą zropiały pęcherz kostny małżowiny średniej, który rozrastając się ku górze wciskał się ku zatoce czołowej i spowodował to wypuklenie się ściany oczodołu, jakby pochodzące od wydęcia się dolnej ściany zatoki czołowej. Na szczycie tego wypuklenia doszło z czasem do zaniku kości i prawdopodobnie, gdyby nie wytworzyła się przetoka ku jamie nosowej, już niewiele brakowało do wytworzenia się przetoki ku jamie oczodołu, zwłaszcza, iż chory i tak dziwnie obojętnie znosił swoje cierpienie.

Otwór na powierzchni guza od strony jamy nosowej stanowił drogę dla zabiegu chirurgicznego; należało wyciąć dolną i wewnętrzną ścianę pęcherza kostnego, aby w ten sposób zyskać szerokie otwarcie pęcherza. Jedno ramię nożyczek dla małżowiny średniej wbiłem głęboko w pęcherz przez przetokę i najpierw wykonałem cięcie ku przewodowi średniemu jaknajbardziej na obwód; drugie cięcie wykonałem ku górze i następnie w ten sposób oddzieloną, dużą część ściany pęcherza kostnego wyłamałem do reszty kleszczykami. Już pierwej, a jeszcze bardziej teraz wypłynęła obfita ilość gęstej, żółtej, ropnej wydzieliny. Krwawienie było nieznaczne i zauważyłem zaraz, że guz w okolicy oczodołu wyraźnie się przypłaszczył, a ów ubytek kości na szczycie guza dawał się teraz wyraźniej wyczuć. Wycięty duży kawałek ściany pęcherza kostnego pokryty był na powierzchni zewnętrznej zgrubiałą, przekrwioną błoną śluzową; wewnętrzna ściana była wysłana gładką, cienką, lśniącą, unaczynioną błoną.

Po jednorazowym obfitym odpływie wydzieliny z guza podczas zabiegu, na drugi dzień nie było już ani śladu wydzieliny, a dostępne badaniu części jamy guza pokrywały przyschłe skrzepy krwi. Aż do końca lipca badałem jeszcze chorego kilkakrotnie, zaleciwszy mu, by kilka razy dziennie rozcierał, ugniatając palcem, guz w okolicy oczodołu i zauważyłem, podobnie jak sam chory, powolne przypłaszczanie się guza; jama nosowa niedługo przedstawiała obraz zupełnie prawidłowy. Ponieważ chory musiał powracać do miejsca swojego stałego zamieszkania, prosiłem go o listowną wiadomość koło połowy września, gdyż zaciekawiało mnie bardzo, o ile wypuklenie w okolicy oczodołu jeszcze ustąpi, a z niem zeszpecenie tej strony twarzy, u mężczyzny, zresztą od lewej strony twarzy wcale przystojnego.

19. września otrzymałem wiadomość, iż guz poniżej łuku brwiowego znikł zupełnie, tak, iż niczego zauważyć nie można. Przy obmacywaniu palcem tego miejsca wyczuwa się jeszcze pewne zgrubienie, które jednak powoli się zmniejsza i prawdopodobnie z czasem zupełnie ustąpi. Przez początkowych kilka tygodni miejsce tego wypuklenia było bolesne, nawet samoistnie, obecnie jednak chory nie ma żadnych dolegliwości i uważa się za zupełnie wyleczonego.

Ten znakomity wynik zabiegu chirurgicznego i zupełny powrót do stosunków prawidłowych, czynią opisany przypadek cennym przyczynkiem w naszem fachowem piśmiennictwie, a wśród ogółu lekarskiego mogą budzić pewne zajęcie, tak pod względem rozpoznania, jak i postępowania leczniczego.

Dalsze uwagi o wydawaniu orzeczeń lekarskich w sprawach t. zw. wypadkowych.

Napisał

Dr Bronisław Skałkowski,

lekarz Zakładu ubezpieczenia robotników dla Galicyi i Bukowiny we Lwowie.

(Dokończenie).

3) K. J. 27.453.

W nocy z 20. na 21. czerwca 1905 przy czyszczeniu kloak doznał zatrudniony tamże robotnik, odurzenia gazami kloacznymi i w bezprzytomnym stanie został odwieziony do szpitala powszechnego, gdzie stwierdzono zatrucie przez H_2S. Na oddziale chorób nerwowych i umysłowych przebywał od 28. VI.—6. VII. 1905. Badanie przez Dra K. w dniu 30. VI. 1905 w szpitalu wykazało (w streszczeniu): Wyraz twarzy zamroczony, powłoki blade; J. nie zwraca uwagi na otoczenie i zadawane pytania. Uszkodzeń zewnętrznych niema. Mowa utrudniona z zacinaniem się, dermatografia, tępe pojmowanie pytań, namyślanie się nad odpowiedziami, które J. daje krótkie i urywane, jakby chciał się zbyć i myślenie trudność mu sprawiało. Ogólne osłabienie takie, że o własnych siłach z łóżka ruszyć się nie może. Skarży się na ból w dołku podsercowym, tętno zwolnione, 80 w minucie. Z historyi choroby, dostarczonej Zakładowi, okazuje się, że J. przy przyjęciu okazywał kliniczną formę bezwładu ruchowego i znieczulenia, nieprzytomność, obniżoną akcyę serca. Chory zanieczyszczał się w łóżku, nie pojmował pytań i otoczenia. Innerwacya naczyń włosowatych skóry przedstawiała obraz angiospastycznych plam czerwonawych i sinawych.

Badanie uszkodzonego w zakładzie w dniu 11. listopada 1905 stwierdza: Świadomość jasna; wypytywany o przebieg wypadku, chory nic nie pamięta. Odżywienie średnie, cera blada. Źrenice rozszerzone, oddziaływają na światło dobrze. Stan płuc prawidłowy bez objawów nieżytowych. Tętno słabe, 90 uderzeń w minucie. Tony serca czyste. Przy staniu z zamkniętemi oczyma nie występuje chwianie się tułowia. Odruchy kolanowe prawidłowe. Ze strony układu nerwowego żadnych zaburzeń ani ogólnych, ani miejscowych stwierdzić nie można.

Uszkodzonego uznano 15. XI. za zdolnego do lżejszych zajęć; z powodu osłabionej akcyi serca przyznano na dalsze 5 miesięcy 20% niezdolności.

Sprawozdanie inspektora zakładu z 30. listopada 1905 stwierdza, że uszkodzony stara się o zajęcie, że jednak znaleść go nie może; do dawnej roboty naczelny inżynier przyjąć go nie chce.

Tymczasem 2. grudnia zgłosił się uszkodzony twierdząc, iż mu się od kilku dni pogorszyło. Badanie stwierdziło upadek ogólnego odżywienia, cerę żółtawą, znaczne wzmożenie akcyi serca, tętno 114; drżenie włókienkowe muszkulatury rąk i nóg. Przy staniu przez chwilę podczas badania poczyna się badany trząść na całem ciele. Świadomość jasna, wzrok i słuch prawidłowe, czucie wszędzie zachowane. Uznano badanego za zupełnie niezdolnego do pracy (100%), a ponieważ badanie w kwietniu 1906 stwierdziło dalej trwające osłabienie serca, przedłużono pobór 50% renty, t. j. 83% niezdolności na rok, z po-

wodu, iż zatruciem gazami spowodowane zmiany będą potrzebować dłuższego czasu do wyrównania się.

Badanie w kwietniu 1907 stwierdziło znaczne polepszenie, szczególnie co do wyglądania; mięśnie stały się jędrniejsze. Czynność serca zawsze nieco przyspieszona, 90 uderzeń w minucie. Pobór renty 30% (50% niezdolność) przedłużono na rok.

Badanie po roku, t. j. w kwietniu 1908, stwierdziło znaczne polepszenie. Przyrost podściółki tłuszczowej, zniknięcie żółtaczki zupełne. Wrażliwość serca utrzymuje się w postaci przyspieszonego tętna, mniej więcej 100 uderzeń w minucie. Rentę zniżono na 25% niezdolności.

Badanie w czerwcu 1909 okazuje dalsze polepszenie odżywienia ogólnego. Podmiotowe skargi na zawroty głowy przy schylaniu się. Akcya serca spokojniejsza. Przyznano 15% niezdolności stale wobec podeszłego wieku i przez kilka lat utrzymujących się przedmiotowych zmian, wobec czego podmiotowych sensacyi wyłączyć się stanowczo nie może.

Uszkodzony pracuje obecnie jako dozorca miejskich miejsc ustępowych.

4) Bartłomiej G. 22689.

Dnia 26. XI. 1903 porwała Bartłomieja G. za połę sukmany transmisya od młocarni i przerzuciwszy go dookoła, zgruchotała mu prawą rękę między obojczykiem a łokciem, miażdżąc ją zupełnie. Ponieważ całem ciałem zatarasował G. ruch transmisyi, konie w kieracie stanęły i na krzyk jego przybiegli ludzie, uwalniając go z położenia, w jakiem się znalazł. W szpitalu leczony przez 9 tygodni, opuścił go, jak się wyraża, z bezwładną ręką. Pierwszy opis lekarski znajdujemy w datach pod dniem 18. VI. 1904. Czytamy tam: »Złamanie, a raczej zgruchotanie kości, połączone ze zmiażdżeniem części miękkich prawej górnej kończyny, tak że takowa ani złożona, ani utrzymana być nie może, lecz musi być amputowana«. Uszkodzony nie dał sobie ręki amputować, a tenże sam znawca Dr N. opisuje jej stan w sierpniu 1905 r. w ten sposób: »Ramię prawe okazuje skrzywienie w górnej $^1/_3$ części, powstałe wskutek zgruchotania kości ramieniowej i wadliwego zrośnięcia. Na częściach miękkich ramienia widać 4 blizny, z których jedna przebiega ukośnie od karku na zewnątrz, reszta, 3 blizny, tworzą w okolicy zgruchotania literę H. Ramiona tej blizny wynoszą po 12 i 18 ctm. Blizny te są następstwem poszarpania części miękkich. Mięśnie tej kończyny są zupełnie zanikłe, tak że kończyna prawa jest więcej, niż o połowę cieńsza od lewej. Wszystkie palce są przykurczone ku dłoni z powodu zerwania ścięgien; ruchomość czynna jest ograniczona, podniesienie kończyny do głowy niemożliwe«. Tenże sam znawca dodaje, iż zaszły znaczne zmiany, bo dawniej kończyna ta nie przedstawiała szans nawet jakiegokolwiek wygojenia, a obecnie jako tako funkcyonuje.

Ponieważ właściciel młocarni, u którego G. uległ wypadkowi, płacił mu dalej tę samą płacę, używając go jako dozorcy, Zakład ubezpieczeń, trzymając się formalistycznie brzmienia ustawy (§. 5), zamknął mu przyznaną rentę wobec tego, iż zarabia to samo, co przed wypadkiem, iż zatem skutkiem wypadku żadnej szkody nie poniósł. Naturalnie i całkiem słusznie G. remonstrował przeciw takiej uchwale, a wezwany do Lwowa celem ustalenia jego niezdolności do pracy przedstawiał następujący obraz 1. XI. 1908 r.: Odżywienie dobre, cera zdrowa. Prawe ramię w $^1/_3$ długości od karku okazuje liczne blizny o charakterze starym. Ramię prawe zwisa obok tułowia, może być jednak nieco podniesione, przyczem stwierdzić można, że w miejscu, otoczonem bliznami, wytworzył się fałszywy staw. Mięśnie na przedramieniu jędrne, a skóra dłoni okazuje ślady chwytania w postaci odcisków. Zrośnięcie niekorzystne kończyny w ustawieniu fałszywem skutkiem działania mięśni rozluźniło się i wytworzył się staw sztuczny, który pewną swobodę ruchów umożliwia. Krążenie w ręce prawidłowe, porażeń niema. Przyznano stale 50% niezdolności.

Wypadek ten poucza, że postanowienie do amputowania ręki musi być bardzo rozważone i rozpaczliwe na razie przypadki, goją się z czasem z zachowaniem stosunkowo znacznej czynności uszkodzonej kończyny.

5) Iwan K. L. 23119.

Dnia 22. I. 1904 r. nakładał K. kloce na furę, a kiedy już fura gotowa była do odjazdu, pomagał podpierać ją przy zjeździe z lasu. Spadający kloc przygniótł go w pół o pień drzewa stojącego, tak że K. zemdlał. Przypadek zrządził, że Dr N. jadąc przez K., spotkał furę wiozącą uszkodzonego. Na razie stwierdził zgniecenie jąder i miednicy; uszkodzony był bez tętna i blady. Jądra były wielkości jaja gęsiego, mocz krwawy. Badanie tegoż uszkodzonego w marcu 1904, przez tegoż samego lekarza przedsięwzięte, stwierdziło zgrubienie kości łonowej i zgrubienie kości miednicowej lewej. Chód możliwy tylko o lasce. Mocz i kał prawidłowy. Na razie zupełna (100%) niezdolnośc do pracy. W Grudniu 1904 przyznano uszkodzonemu na 2 lata 83% niezdolności (odpowiada 50% rencie). Badania żandarmeryi stwierdzają jeszcze w roku 1908, iż uszkodzony zarobkowo nigdzie nie pracuje. Badanie zaś Dra S. w r. 1907 stwierdziło, że chód możliwy tylko o dwóch kulach. Ponieważ chodziło o oznaczenie stałej renty, wezwano uszkodzonego do Lwowa. Badanie dokonane przez lekarza zakładowego w marcu 1908 wykazało: Bardzo silnie zbudowany, dobrze odżywiony mężczyzna, cera zdrowa, opalona, mięśnie silnie rozwinięte. Badanie płuc i cera wykazuje stosunki prawidłowe. Język obłożony. K. chodzi bez laski całkiem dobrze, lekko tylko utykając na prawą nogę. Mięśnie nóg bardzo silnie rozwinięte, jędrne. Nad spojeniem łonowem guz, pochodzący z zarosłej kostniny. Nastąpiło przesunięcie kości miednicowych z obniżeniem prawej, skutkiem czego jedna dolna kończyna jest nieznacznie skrócona. Ruchomość obu stawów biodrowych jest zupełnie prawidłowa, tak przy chodzie, jak przy ruchach biernych, wykonanych w pozycyi leżącej. Na kroczu niema żadnych zmian. Badany nie skarży się na żadne zaburzenia ze strony pęcherza. Na razie przyznano 50% niezdolności. Zadziwiającem jest polepszenie stanu zdrowia. W październiku 1907 stwierdza Dr I. postępujące charłactwo, wyczuwa woń amoniaku w odzieży, bole przy oddawaniu moczu i zauważa ziemistą cerę, ma jednakże co do prawdomowności chorego pewne wątpliwości, gdyż w styczniu 1907 przyznaje tylko 75% niezdolności i stwierdza, że K. chodzi dobrze, ale jak przypomni sobie o swem kalectwie, chwyta za kule.

Badanie w marcu 1908 stwierdziło tak dobre warunki ogólnego zdrowia, iż uznać musiałem uszkodzonego za zdolnego do wszelkich robót, z wyjątkiem wymagających zbyt forsownego chodzenia. Że zapatrywanie to było słuszne, dowodzi, iż uszkodzony poszedł na Węgry, gdzie, jak stwierdziła żandarmerya, wstąpił na służbę za wynagrodzeniem 2 koron dziennie obok utrzymania.

6) Leopold J. 36853.

Pracował 6. 5. 1907 r. na rusztowaniu. Przy odbieraniu deski został jej końcem (kątem) uderzony w samą pachwinę. Z powodu bolu na chwilę przerwał pracę, jednakże wogóle pracował dalej. Dopiero wzmagające się bole w prawej nodze zmusiły go w lipcu 1907 do przerwy w pracy. W szpitalu stwierdzono tętniak tętnicy udowej i wykonano podwiązanie. Następstwem tego była zgorzel całej dolnej kończyny, skutkiem czego wykonano amputacyę. Z końcem marca 1908 okres leczenia uznano za skończony; uszkodzony chodzi o kuli. Stała 50% renta.

Przypadek ten poucza, że stosunkowo nieznaczny uraz może pociągnąć za sobą poważne następstwa.

7) Anna D. 13494.

31 maja 1900 podczas maglowania dostała się jej prawa ręka do magli, przyczem D. odniosła zgniecenie całego przedramienia i rany darte części miękkich, skóry i mięśni.

Oględziny lekarskie Dra N. 16. 10. 1900 stwierdziły: Na prawem przedramieniu po stronie zewnętrznej, ciągnie się 12 ctm. długa blizna, która, nie dochodząc do stawu nadgarstkowego, kończy się w formie gwiazdy. Wszystkie te odnogi blizny tkwią głęboko w tkance i są z kością sprychową zrośnięte. Obecnie złamania kości stwierdzić nie można. Całe przedramię prawe w porównaniu z lewem o połowę ścieńczałe, siła mięśniowa znacznie ograniczona. Ruchomość palców nierówna. Uszkodzona odniosła swego czasu zgniecenie ręki, zmiażdżenie mięśni i pęknięcie kości, obumarłe bowiem części kości wydzieliły się z rany. Do zmiażdżenia przyłączyło się zapalenie tkanki łącznej, które sprawiło, że okres leczenia trwał 9 miesięcy. Niezdolność do pracy oceniono na 35%. Sąd rozjemczy w marcu 1901, »widząc powódkę, nabył przekonania z osobistych spostrzeżeń, że obecny jej stopień niezdolności do pracy jest znacznie wyższy, a z jej osobistych wiarygodnych zeznań nabył przekonania itd« i podwyższył ocenę niezdolności do pracy na 50%.

Częściową 30% niezdolność i nieruchomość blizny stwierdził rzeczoznawca p. X. w r. 1904; przedramię jest jeszcze ścieńczałe, ruchomość palców ograniczona.

Po upływie dalszych 4 lat zwierzchność gminna donosi, że A. D. wykonuje wszelkie roboty tak, jak inni robotnicy i pobiera tę samą płacę. Wezwana do Lwowa celem poddania się oględzinom lekarskim, okazuje D. na prawem przedramieniu bliznę starą, uruchomioną; rozwój mięśni przedramion po obu stronach jednakowy; ruchomość palców prawidłowa; ogólne odżywienie dobre, cera zdrowa.

Tak więc po 8 mniej więcej latach nastąpiło uruchomie-

nie blizny zrośniętej z kością, rozwój mięśni do prawidłowych rozmiarów i powrót zupełny zdolności do pracy.

Jako ciekawe podnoszę motywy wyroku Sądu rozjemczego, dla którego orzeczenia lekarskie są nieobowiązujące.

8) Michał P. 24039.

Świadek, zatrudniony przy tej samej, co P. robocie, zeznał, iż widział, jak 30. 4. 1904 r. rzekomo uszkodzony P. nagle »zbladł i zaczął się skarżyć na bole, posłał nawet po wino, robił dalej do wieczora i drugi dzień ciągle się skarżąc, trzeciego dnia do roboty nie przyszedł«.

Oględziny lekarskie, dokonane 16. 6. 1904 przez Dr. N. stwierdzają bolesność wzdłuż przebiegu nerwu kulszowego aż do stopy, ograniczenie ruchów nogi nieznaczne, tak że badany tę nogę za sobą zaciąga; »sprawa nie kwalifikuje się do prawidłowego urzędowania, lecz do zwrócenia chorego do kasy chorych«.

Badanie w Zakładzie 12. 7. 1904 r. wykazuje: Chód z rozstawionemi nogami i o lasce. Płuca i serce prawidłowe. Po lewej stronie na wysokości łuku żebrowego ślad stawianych rzędami pijawek; wrażliwość mięśni obu nóg, szczególnie m. m. przywodzących. W przebiegu nerwu kulszowego bolesności wykazać nie można. Znieczulenie pośladka lewego. Przy staniu z zamkniętemi oczyma następuje chwianie się. Odruchy kolanowe zniesione.

Wskutek »zawiania« ostre zapalenie mięśni i zapalenie nerwu kulszowego 100% na 3 miesiące.

Sprawa przedstawiała się tak, że bez poważnych przyczyn, przemawiających przeciw, nie można było nie uznać sprawy tej za »wypadkową«, tem więcej, że była nadzieja, iż bolesność mięśni po krótkim czasie ustanie.

Tymczasem przebieg sprawy wziął inny obrót. Zdarzyło się, że uszkodzony P. był przez trzech z rzędu lekarzy badany; przytaczam ich spostrzeżenia.

Badanie w październiku 1904, Dr. X.

Uszkodzony słabej budowy ciała, cera żółta, odżywienie liche. Chodzi o lasce z rozstawionemi nogami. Przy chodzie opiera się głównie na nodze prawej, lewą, zaś, odsuniętą na bok, we wszystkich trzech stawach przykurczoną, t. j. biodrowym, kolanowym i skokowym, wlecze za sobą. Tak przy siadaniu, jak i wstawaniu, używa do pomocy rąk. Ustawienie kręgosłupa okazuje wykrzywienie w części piersiowej, łukiem na stronę prawą. Odgłos opukowy nad szczytem płuca z prawej strony stłumiony, wydech przedłużony, szmery oddechowe nieoznaczone. Tony serca czyste, tętno 96. Brzuch lekko wzdęty. Znaczne rozszerzenie żołądka. Wątroba nie powiększona. Okolica śledziony na dotyk bolesna. Odruchy ścięgniste zniesione. Zupełny brak odruchów kolanowych. Przy staniu z zamkniętemi oczyma nie występuje wybitne chwianie, zesunięte piętami nogi rozstawia badany bezzwłocznie, przyczem lewa noga w charakterystyczny sposób zostaje wygięta. Mięśnie obu ud nikłe. Badając uszkodzonego w położeniu leżącem i z zamkniętemi oczyma na wzajemne położenie nóg, nie otrzymuje się dodatnich wyników. Źrenice lekko rozszerzone, podmiotowo osłabienie siły widzenia. Obraz, jaki się obecnie przedstawia, zbliża się najwięcej do wiądu rdzenia. 100% do maja 1905; zarządzono dochodzenia co do dawniej przebytych chorób.

20 maja 1905 stwierdza Dr Y.: Badany utyka, gdy chodzi i nogę odstawia na zewnątrz; gdy stoi, może stopy obok siebie trzymać i stać tak przy zamkniętych, jak i przy otwartych oczach; ruchomość tak w stawie kolanowym, jak i skokowym prawidłowa, mięśnie uda lewego równie dobrze rozwinięte, jak po stronie prawej; odruchów kolanowych niema. Ramię lewe nie okazuje żadnych zmian przedmiotowych czynnościowych, mimoto badany twierdzi, że tem ramieniem władać nie może z powodu bolu, raz rzekomo w łokciu, raz w barku. Stwierdzić można stanowczo, że upośledzenie ruchów w barku i łokciu lewym nie istnieje, a tylko nie wyłączona jest bolesność, jakkolwiek przy badaniu niespodziewanem badany nie okazuje jej. Źrenice rozszerzone oddziaływają leniwo. Polepszenie 66% na kilka miesięcy, stanowcza przesada kulawizny.

W połowie czerwca tenże lekarz pisze: Dzisiejsze badanie wykazuje zupełnie inny stan, niźli 20. maja. Badany nie skarży się już na bole w lewej kończynie górnej i dolnej, natomiast opowiada bez związku i jakby nie zdając sobie sprawy z tego, co mówi, o przeróżnych dolegliwościach nerwowych, o których dotychczas przy żadnem badaniu nie wspominał. Ogólne wrażenie jest takie, jakby badany był umysłowo chory; zanik pamięci, zanik inteligencyi, niezdolność liczenia cyfr, nieświadomość miejsca i czasu, mowa skandująca; w języku drgania włókienkowe; źrenice bardzo mało ruchome; pęcherz nadmiernie wypełniony, bolesny przy dotyku. Badany nie wie o tem, że pęcherz jego jest pełny, twierdzi, ze mocz oddawał, wprawdzie z trudnością. Pewne objawy chorobowe przemawiają za poczynającem się rozmięknieniem mózgu, inne za wiądem rdzenia. Objawy chorobowe zmieniły się na niekorzyść, wystąpiły objawy świeże. Czy są one dalszym ciągiem pierwotnego zapalenia nerwu kulszowego, tego z powodu braku obserwacyi choroby, rok trwającej, stanowczo ocenić nie można. Teoretycznie wyłączyć się nie da możliwość przejścia zapalenia nerwu obwodowego na rdzeń. Obecna niezdolność do pracy 100%.

Świadectwo z kasy chorych 10. lipca 1905. Dr Z. stwierdza, że P. leczy się na urazowe zapalenie mięśni i nerwu kulszowego od czerwca 1904. W ostatnich czasach stwierdzono ciężką chorobę nerwową, charakteryzującą się bezwładnością kończyn dolnych, urywaną mową, zanikiem inteligencyi. Objawy te wskazują na cierpienie mózgu i rdzenia (częściowe stwardnienie).

W sprawozdaniu lekarskiem Dra Y. z 25. VII. 1905 czytamy: W uzupełnieniu świadectwa z 15. VI. 1905 w sprawie P. orzekam na podstawie aktów i zestawienia dat w świadectwach, tyczących się pierwszych spostrzeżonych objawów nerwowych, że istniejąca obecnie choroba rdzenia i mózgu nie zostaje w bezpośrednim związku przyczynowym z wypadkiem z 30. IV. 1904, który ograniczył się do »zawiania« z następowym bólem w boku i z bladnięciem. Należy raczej przyjąć, że nagłe zblednięcie i ból w boku już były wyrazem rozpoczynającej się choroby mózgu, względnie rdzenia (Sclerosis arteriarum), a sam wypadek nie wywołał ani zmian w mózgu, ani w rdzeniu.

W październiku 1905 skarży się P., że ręki lewej podnosić nie może.

Badanie w ogólnych zarysach odpowiada opisowi, tylekrotnie przez Dra X. i Y. podanemu. Rozpoznanie prawdopodobne: Stwardnienie rozsiane mózgu i rdzenia, które co pewien czas zajmuje nowe obszary. Obecnie utrudnione podnoszenie ręki, inne objawy ustępują, n. p. mowa i pamięć lepsze. W marcu 1906 stwierdzono utrudnione podnoszenie obu rąk ku górze, nadto puchlinę brzuszną i znaczną bolesność nerwów międzyżebrowych. Chód z rozstawionymi nogami. Renta 66%. Z końcem roku 1906, występują zaburzenia pęcherzowe, tak że żona chorego nie mogąc mu dać odpowiedniej pielęgnacyi w domu, oddaje go do szpitala Sióstr miłosierdzia we Lwowie, gdzie P. leży od 17. stycznia 1907 jako obłożnie i nie uleczalnie chory.

Oględziny w szpitalu w lutym 1907 wykazały mimowolne oddawanie moczu i zamglenie sfery psychicznej. Renta odpowiadająca 100% niezdolności.

Dalszego przebiegu nie znamy. Po tylokrotnie stwierdzonej niezdolności do pracy pobiera R. pełną rentę aż do sierpnia 1909, kiedy badanie, zarządzone przez inspektorat Zakładu, dało całkiem niespodziewany wynik. Oto P. chodzi z kilku innymi muzykantami i grywa na skrzypcach; ile zarabia, trudno sprawdzić.

Badanie w sierpniu 1909: Cera ziemista, odżywienie liche, oddech cuchnący, mowa powolna; P. chodzi z rozstawionemi nogami. Ruchy ciała powolne z umysłu, ale zbieżne. Stan płuc prawidłowy, tony serca głuche, tętno 78. Żołądek wzdęty, brak puchliny brzusznej, ze strony pęcherza zaburzeń niema, ogólny stan zdrowia znacznie lepszy; możliwość gry na skrzypcach dowodzi braku zaburzeń w unerwieniu rąk. Badany oświadcza z góry, że w razie obniżenia renty uda się do szpitala; mimoto rentę zniżono i przyjęto 33% niezdolności do pracy na stałe.

Przypadek powyższy poucza, jak trzeba być ostrożnym w przypadkach tak zwanego »zawiania«. Cała sprawa przebiegała bardzo ciekawie, były objawy bardzo głębokich zaburzeń ze strony pęcherza, jak również psychiczne, które jednak wyrównują się z biegiem czasu do tego stopnia, że uszkodzony może zarabiać jako muzykant. Charakterystyczną jest również groźba, że w razie zniżenia renty pójdzie się położyć do szpitala. Jest to tak zwane »pogorszenie«, z którem się uszkodzeni do badania ponownego zgłaszają, o ile renta zostanie obniżona.

9) Sebastyan S. 35.822.

W październiku roku 1907 doznał S. zgniecenia nogi, jak się później okazało, ze złamaniem kości. W kwietniu 1908 stwierdzono chód o kuli pod pachą lewą z oparciem kolana zgiętego pod kątem prostym na podpórce. Mięśnie goleni zanikłe, w środku goleni okrężne zgrubienie, goleń prawa krótsza od lewej o 5 ctm, odłamki okazują ruchomość nieprawidłową.

Wezwany w 18 dni do oględzin we Lwowie, jawi się S. bez podpórki na kolanie. Ruchomość odłamków daje się stwierdzić, ale w opatrunku ustalającym może S. chodzić przy pomocy laski, gdyż kość piszczelowa jest nienaruszona. Propozycyi zabiegu operacyjnego odmawia, chcąc wyczekiwać i obiecując sobie wyniku z użycia maści. 83% niezdolności na rok.

Badanie w kwietniu 1909 stwierdza: Nastąpiło zrośnięcie

się dawniej ruchomych kości. Chód sprawniejszy, mięśnie łydki słabo rozwinięte, ustawienie stopy prawidłowe.

Odpowiednio do wyników badania lekarskiego i wzmożonej sprawności nogi obniżono niezdolność do pracy na 66%. Tymczasem weszło do Zakładu pismo z doniesieniem, że S. pobiera rentę całkiem niesłusznie, gdyż jest zdrów i pracuje w swoim fachu jako murarz i szewc, za rentę skupuje grunta i bawi się lichwą. Ze stanowiska lekarskiego musiano przyjąć 66% niezdolności do pracy, gdyż przez pewien czas istniał staw rzekomy, okazało się jednak w tym przypadku, że zdolność do pracy powróciła daleko prędzej, niż się spodziewać można było Pobieranie stałej renty jest w wielu przypadkach solą w oku dla mieszkańców danej miejscowości, patrzących zazdrośnie na każde większe pieniądze, przychodzące regularnie, a mogące, jak w danym przypadku, być używane do operacyi finansowych. Przychodziły też prośby od gminy do Zakładu, aby pobierającym rentę wysyłanie rent zatrzymać, gdyż nadejście renty jest zawsze połączone z awanturami, wyprawianemi po pijanemu, których szczęśliwy posiadacz renty się dopuszcza. Że w tych przypadkach renta mija się ze swem przeznaczeniem, jest widocznem, a pobieranie renty demoralizującem.

Niestety spostrzeżenia, jakie przy badaniu uszkodzonych poczyniłem, są bardzo smutne. Cyfrowo nie da się ta rzecz określić, ale bodaj się nie pomylę, twierdząc, że 90% woli, pobierając rentę, z głodu przymierać, niż iść na robotę, a przynajmniej szukać takich zarobków ubocznych, aby nie można było ich wysokości stwierdzić i na tej podstawie rentę obniżyć.

10) Michał B. 37.609.

Przypadek ten bardzo ciężkiego okaleczenia, wyleczonego w stosunkowo bardzo krótkim czasie z zachowaniem prawie zupełnej sprawności uszkodzonych kończyn, jest następujący:

Z końcem maja 1907 B., woźnica pocztowy, odwożąc gościa, doznał złamania obu kości udowych z powodu spłoszenia się konia, który najechał na słup telegraficzny i rozbił wózek. Bezprzytomnego B. odwieziono do szpitala w Kołomyi, gdzie cztery miesiące przeleżał. Kość udowa prawa była złamana bez powikłań, natomiast złamanie lewej było powikłane tak, że jak uszkodzony podaje później, od czasu do czasu wydzielały się obumarłe części kostne. Zakład na podstawie donieseinia, że B. w dniu 1. XII. 1907 powrócił do pracy z większym zarobkiem, niż go miał przed wypadkiem, na podstawie § 5. ustawy odmówił wypłaty dalszej renty.

Badanie 1. września 1909 ustaliło następujący stan rzeczy: Silnie zbudowany, dobrze odżywiony mężczyzna; cera zdrowa. W połowie długości prawego uda ślad złamania; ustawienie złamków schodowate, oś uda wygięta na zewnątrz. Na udzie lewem po stronie zewnętrznej na szerokość dłoni powyżej kolana daje się również wykazać złamanie, które było powikłane, jak tego dowodzi blizna, pozostała po przebiciu kością części miękkich i z kością zrośnięta. Na grzbiecie stopy blizna po ranie dartotłuczonej. Obustronne skrócenie kości udowej, wynikłe po złamaniu, sprawia, że przy chodzeniu większego chromania niema, gdyż obie nogi są prawie równe co do długości, ruchomość zaś stawów biodrowego, kolanowego i skokowego jest prawidłowa. Mięśnie dobrze i silnie rozwinięte. Przyznano po skończonym okresie leczenia, t. j. od grudnia 1907 na rok 1908 50% niezdolności, a obecną niezdolność od stycznia 1909 oceniono na 20%.

Spostrzeżenia z praktyki.

Przypadek wielopalcowości w połączeniu ze zrostami międzypalcowymi.

Podał

Dr H. Goldberg,

lekarz ambulatoryum chirurgicznego przy chrz. Tow. Dobr. w Łodzi.

Przypadek, który opisać zamierzam, odznacza się wielorakością zboczeń i wzajemnie przeciwnym sobie ich charakterem.

Dnia 1. VIII. 1909 do ambulatoryum chirurgicznego zjawili się rodzice z dzieckiem 6-miesięcznem, N. Z., zarówno umysłowo, jak i fizycznie dobrze rozwiniętem. Dziecko ma nadliczbowe palce na obu rękach i na lewej nodze. Wszystkie te palce są usadowione u podstawy palca małego. Nadliczbowe palce u prawej ręki i lewej nogi składają się z dwóch członków (falang), połączonych stawem, z małym zaś palcem łączą się szypułą łącznotkankową. Palec nadliczbowy na lewej ręce składa się z trzech członków (falang) z dobrze rozwiniętymi stawami; z główką piątej kości śródręcza łączy się również stawem tak dalece ruchomym, iż w tym stawie istnieją ruchy zupełnie samodzielne bierne i czynne. Oddzielnych kości śródręcza dla palców nadliczbowych niema.

Prócz tych zboczeń widać na obu nogach symetryczny zrost skórny między 2. i 3. palcem; zrost rozpoczyna się na granicy między pierwszym i drugim członkiem palcowym, i idzie w górę ku podstawie.

N. Z. jest trzeciem dzieckiem z rzędu; u innych dzieci żadnych wrodzonych nieprawidłowości rodzice nie zauważyli. W rodzinie, zarówno ze strony ojca. jak matki, zboczeń podobnych niema.

Istnieje kilka teoryi powstawania palców nadliczbowych; z nich najwięcej uznania obecnie ma przypuszczenie Ahlfelda, który za przyczynę tych zboczeń uważa działanie wewnątrzmaciczne powrózków amniotycznych, rozszczepiających zarodki palcowe. Teorya atawistyczna Bardelebena, jakoby już prawidłowo istniały zarodki 7 palców, jak również przypuszczenie Vogta i Förstera o zlaniu się zupełnem dwóch płodów, tak iż pozostają tylko palce nadliczbowe — mniej znajdują zwolenników.

Co się tyczy zrostów międzypalcowych, to jest to objaw niedokształtu, gdyż w tym stanie palce pozostają do 8. tygodnia życia płodu.

O ile palce nadliczbowe na rękach są dość częste, o tyle znów toż samo zboczenie na nodze zdarza się nader rzadko. Schramm na 20.000 dzieci w szpitalu św. Zofii we Lwowie spotkał tę wadę zaledwie 4 razy, Karewski zaś na 40.000 dzieci opisuje tylko 10 takich spostrzeżeń. (Schramm. Choroby chirurgiczne wieku dziecięcego 1901, str. 6).

Oceny i sprawozdania.

Kalendarz lekarski krakowski na r. 1910. Na wezwanie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego ułożył prof. Dr L. K. Gliński. Rok XX. Kraków 1910.

Wypróbowany towarzysz kilku pokoleń naszych lekarzy, Kalendarz lekarski krakowski, przetrwał zwycięsko niejedną ogniową próbę, a dobiegłszy dwudziestego już rocznika, jest w rękach nowej redakcyi na najlepszej drodze, aby nietylko dorównać najlepszym tego rodzaju wydawnictwom zagranicznym, ale je pod wielu względami przewyższyć. Obejmując wydawnictwo, zapowiedziała w r. z. nowa redakcya gruntowną jego reformę i zapowiedzi tej w pełni dotrzymuje. Przedewszystkiem znać to w »Podręczniku terapeutycznym«, którego gruntowne przerobienie i uzupełnienie, odpowiadające dzisiejszym wymaganiom, każdy z przyjaciół Kalendarza z radością powita. Niektóre działy tego podręcznika zostały zupełnie na nowo napisane, a w pracy około jego udoskonalenia uczestniczył cały szereg wybitnych specyalistów, jak Prof. Dobrowolski, Dr M. Godlewski, Prof. Krzyształowicz, Prof. Lewkowicz, Prof. Majewski, Doc. Nowotny, Dr Radliński, Dr A. Rydel i in., którzy z wielką koleżeńską gotowością wzięli na siebie zadanie współpracowników. Oprócz tego pomieściła redakcya w Kalendarzu opracowany z niemałym nakładem trudu dokładny spis środków lekarskich i wzbogaciła treść artykułami Doc. Dr Mazurkiewicza p. t. »Uwagi psychiatryczne« i Dr. Radlińskiego p. t. »Wskazówki praktyczne z zakresu chirurgii«. Nadto wprowadzono cały szereg drobniejszych zmian, dodatków i ulepszeń, jaknajstaranniej obmyślanych aż do takich szczegółów, jak wydrukowanie tabliczki do badania bystrości wzroku ściśle według zasad, przyjętych w tablicach Snellena, na umyślnie dobranym, matowym, nieprzezroczystym papierze. Schematyzm lekarski został poprawiony niezmiernie troskliwie, o czem łatwo przekonać się z faktu, iż w wielu punktach jest on istotnie dokładniejszy nawet od niektórych spisów oficyalnych. Jednem słowem na każdym kroku znać w Kalendarzu tegorocznym staranie o jaknajlepsze obsłużenie czytelnika i dążenie do postępu, godne pochwały bez zastrzeżeń. Nie ulega też wątpliwości, że idąc dalej obraną drogą, zyskiwać będzie Kalendarz coraz liczniejszych zwolenników i wyprze rychło wszelkie kalendarze obce, czego i jemu i sobie jaknajbardziej życzyć powinniśmy. *R.*

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Weinbrenner. **O pooperacyjnej niedrożności dwunastnicy.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 43). Pooperacyjną niedrożność dwunastnicy cechuje rozszerzenie żołądka, który zajmuje wtedy nieraz całą jamę brzuszną, sięgając niejednokrotnie aż do spojenia łonowego. Również dwunastnica ulega rozszerzeniu, aż do miejsca, gdzie trzon krezki z tętnicą krezkową górną przeciąga nad poziomem ramieniem dwunastnicy. Tutaj dwunastnica ulega zaciśnięciu, a mianowicie przez to, że krezka silnie się napina i przyciska dwunastnicę do kręgosłupa. Jelita cienkie leżą przytem opadnięte w miednicy małej. Mechanizm tej niedrożności nie jest jeszcze zupełnie jasny. Jedni upatrują pierwotną przyczynę w ostrem rozdęciu żołądka, a opadnięcie jelit uważają za następowe, inni właśnie naodwrót. Ta niedrożność powstać może także i u nieoperowanych, po nagłem wstaniu, po gwałtownym śmiechu i t. p. Klinicznie cechują tę niedrożność wymioty treścią żółciową, często z domieszką krwi, ciepłota zwykle prawidłowa, tętno szybkie, stan chorych pogarsza się rychło. Granice żołądka wybitnie powiększone, często gwałtowne objawy otrzewne. Leczenie: płukanie żołądka i niezwłoczne ułożenie chorych na brzuch podług Schnitzlera. Przy tem położeniu jelita wypadają z miednicy małej ku przodowi, a przez to napięcie krezki się zmniejsza. Bardzo dobre wyniki oddaje także ułożenie chorych na czworakach *K.*

Konjetzny. **Przyczynek do patologii i kliniki nabytych uchyłków wyrostka robaczkowego.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 44). Nabyte uchyłki wyrostka robaczkowego mogą mieć pochodzenie dwojakie: niezapalne i zapalne. Uchyłki niezapalnego pochodzenia leżą zwykle od strony krezki wyrostka i są częściowem wypukleniem się błony śluzowej przez otwory, przez które przechodzą naczynia krwionośne. Powstają one zwykle w razie zwiększonego ciśnienia w wyrostku. Uchyłki na tle zapalnem powstać mogą w każdem miejscu ściany wyrostka, zwłaszcza po sprawach ropnych i zmartwiających, niszczących ściany wyrostka. Uchyłki te bywają nieraz mnogie. Ściany ich tworzy rozciągnięta blizna, błona śluzowa i surowicza, a nieraz tkanka zrostów, powstałych w okolicy wyrostka po przedziurawieniu wyrostka i dostaniu się treści jego na zewnątrz. Klinicznie uchyłki te wywołują zwykle nawroty cierpienia. Uchyłki przy krezce w razie wybuchu zapalenia usposabiają do ciężkich ropień wzdłuż krezki, do zapaleń i zakrzepów żylnych i ropni przerzutowych w wątrobie, pod przeponą i t. p. *K.*

Seefisch. **Skręcenie okrężnicy wstępującej.** (*Med. Klinik* 1909, Nr 40). Skręcenie okrężnicy wstępującej należy do rzadkości; dotąd opisano około 87 przypadków. Pochodzi to stąd, że normalnie okrężnica wstępująca jest ustalona na talerzu biodrowym i skręcenie wystąpić może jedynie w razie nieprawidłowości anatomicznej, t. j. obecności długiej krezki, co znów należy do rzadkości. Przy tem cierpieniu uderza jedna ciekawa okoliczność, mianowicie, że występuje ono przeważnie w krajach słowiańskich, skąd też pochodzi najwięcej publikacyi o tem cierpieniu. Ponieważ zaś badania anatomicznie nie wykazują żadnych różnic jelita grubego Słowian, a Germanów, przyjąć więc należy, że odgrywa tu główną rolę sposób odżywiania się, mianowicie obfite spożywanie zapychających potraw, jak ziemniaków, ciemnego chleba, kwaśnego mleka, silnie solonych ryb i t. p. Skręcenie występuje klinicznie pod postacią ostrej niedrożności przewodu pokarmowego, lub, co częściej, przewlekłej lub podostrej. Nieraz przechodzi ono samo, ale potem tworzy nawroty. I z tego powodu nieraz w wywiadach usłyszeć można, że chory, zwykle po obfitem jedzeniu, doznawał już nagłych boleści, połączonych z cuchnącemi wymiotami. Przy badaniu wykazać można wzdętą pętlę, przebiegającą skośnie przez brzuch. Ruchy robaczkowe, o ile są widoczne, przebiegają od strony lewej na prawą, w przeciwieństwie do ruchów robaczkowych w okrężnicy poprzecznej, gdzie przebiegają od prawej ku lewej. Ułożenie na boku prawym łagodzi przypadłości. Leczenie tylko operacyjne, i to szybkie, albowiem ze względu na przebieg naczyń i treść gnilną w kiszce bardzo łatwo występuje tutaj zgorzel. Na to czekając, narażamy chorych na bardzo ciężki zabieg, t. j. wycięcie kiszki grubej. Zwykle przy operacyi wczesnej udaje się jelito odkręcić i odpowiednio umocować. Niektórzy dołączają do tego sączkowanie kiszki przez wyrostek robaczkowy (appendikostomia podług Keetlyego), wszywając wyrostek w powłoki. Przypadek takiego skręcenia operował właśnie Seefisch, przyczem prócz skręcenia okrężnicy znalazł także przedziurawienie wrzodu żołądka; chory wyzdrowiał. *K.*

Heinzmann. **Trwałe wyniki po operacyi przepuklin pachwinowych sposobem Girarda.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 39). Wprawdzie przy operacyach przepuklin pachwinowych sposobem Kochera i Bassiniego osiąga się bardzo dobre wyniki, jednak nie należy zapominać, że istnieją także i inne sposoby operacyi, które w pewnych przypadkach oddać mogą cenne usługi. Należy tu n. p. operacya podług Girarda, profesora chirurgii w Genewie, podana w r. 1894. Wykonuje się ją w następujący sposób: Cięcie skośne lub poprzeczne nad zewnętrznym pierścieniem pachwinowym, około 6 cm długie. Odsłonięcie powięzi mięśnia skośnego zewnętrznego i przecięcie jej równolegle do więzadła pachwinowego na 3—4 ctm powyżej tegoż, przez co otrzymuje się płat z tejże powięzi, mający podstawę na więzadle. Odchylenie tegoż płata ku dołowi, uwolnienie worka i powrózka nasiennego, podwiązanie, potem przyszycie dolnego brzegu mięśnia skośnego wewnętrznego i poprzecznego, ewentualnie brzegu mięśnia prostego do więzadła Pouparta, (bez przemieszczenia powrózka nasiennego, jak to się dzieje przy operacyi Bassiniego), potem przyszycie górnego brzegu powięzi zewnętrznej do więzadła Pouparta, a w końcu przykrycie płatem dolnym i przyszycie jego do górnej części powięzi. Operacya ta ma następujące zalety: Blizny nie leżą w najsłabszem miejscu, lecz przy więzadle Pouparta. Otwór zamykają nie 2, lecz 3 warstwy tkanek (podwójny płat powięzi zewnętrznej). Powrózek nasienny po tej operacyi wychodzi tylko jednym otworem (na dole) i to w miejscu od naporu trzew ochronionem. W ten sposób operowano na oddziale chirurgicznym w szpitalu miejskim w Monachium 137 wolnych przepuklin, a badanie następowe wykazało zaledwo 3% nawrotów i to jedynie w dole, w miejscu wyjścia powrózka nasiennego. Operacya więc ta godna jest polecenia, bo daje dobre wyniki, ma więcej zalet, niż sposób Bassiniego, a wcale nie jest od niego trudniejsza. *Klęsk.*

Kreuter. **O przewlekłych zapalnych guzach powłok brzusznych po operacyach przepuklin.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 40). Zeszłego roku na zebraniu niemieckiego towarzystwa chirurgicznego zwrócił Schloffer uwagę, że w pewien czas po operacyach brzusznych zjawiają się czasem w powłokach brzusznych guzy, nieraz dość wielkich rozmiarów; w środku tych guzów znajdują się otoczone ropą podwiązki. Cechującem dla tych guzów jest to, że rozwijają się one zupełnie niepostrzeżenie i to u ludzi, u których operacya i gojenie przebiegały zupełnie jałowo i gładko. Schloffer przytoczył 4 podobne przypadki, w dyskusyi przytoczono jeszcze kilka; K. dodaje 2 po operacyach przepuklin. Tutaj gojenie po operacyi przepukliny przebiegało również gładko i dopiero w kilka miesięcy rozwinął się guz. W przypuszczeniu, że chodzi tu »o guzy z podwiązek«, nacięto guzy i wyskrobano podwiązki, poczem guzy znikły. Zdarza się jednak, że niepotrzebnie wykonuje się »doszczętną operacyę« tych guzów, biorąc je za złośliwe. Ponieważ prawie zawsze wykryć się dają w podwiązkach, wydobytych z tych guzów drobnoustroje, przyjąć należy, że nie chodzi tu o nic innego, jak o późne ropienie około szwów i podwiązek, przeciw któremu ustrój zabezpieczył się już wałem obronnym. *K.*

Rubesch. **Przyczynek do operacyjnego leczenia gruźlicy jelita cienkiego i grubego.** (*Beitr. z. klin. Chir.* 64, II.). Po omówieniu historyi chorób 35 przypadków, operowanych w klinice Wölflera, dochodzi R. do następujących wniosków: Proste połączenie jelit powyżej miejsca, zajętego gruźlicą, zwłaszcza tam, gdzie istnieje guz, jest jedynie zabiegiem łagodzącym, usuwającym objawy zwężenia, natomiast zabieg ten na samą chorobę nie oddziaływa zupełnie. Dlatego o ile możności dążyć się powinno do doszczętnego wycięcia chorego jelita, w danym razie dwuczasowo, jeżeli chory sił wiele niema. Uzyskać można przytem do 50% trwałych wyleczeń. *K.*

Lichtenberg-Dietlen-Runge. **Biocystografia, sposób badania ruchów ludzkiego pęcherza.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 29). Sposób badania ruchów pęcherza podał już w r. 1905 jeden z autorów wspólnie z Voelckerem. Sposób ten polega na prześwietlaniu pęcherza, napełnionego kolargolem, przyczem zdejmuje się kilka zdjęć w różnych kolejnych fazach. Pęcherz średnio napełniony opróżnia się zwykle w 24—30 sekund. Przy badaniu postępuje się w ten sposób, że najpierw wypełnia się pęcherz przez cewnik pewnym obojętnym płynem i oznacza potem długość czasu wydalania płynu. N. p. przy 140 cm^3 płynu czas ten wynosi mniej więcej 18 sekund, a po-

nieważ robi się 6 zdjęć, przeto jedno wypada robić co 3 sekundy.

Z badań swych doszli autorzy do następujących wniosków: Wypełniony średnio pęcherz ma mniej więcej postać trójkąta, zwróconego podstawą do góry. W początkach wydalania moczu zmienia się ta forma trójkąta w elipsę, ustawioną pionowo. Postać ta pozostaje mniej więcej aż do połowy opróżnienia się pęcherza, poczem zwolna zaczyna się skracać wymiar długości tak, że po 18 sekundach wymiar długi równa się poprzecznemu, czyli pęcherz przybiera postać więcej kulistą. Potem pod koniec oddawania moczu zmniejszają się stale oba wymiary, ale długi szybciej, wobec czego pęcherz przyjmuje postać elipsy leżącej poziomo; przytem rozszerza się także wewnętrzne ujście cewki w postaci lejka, a potem i część krokowa cewki.

Badania te dowodzą, że pęcherz prawidłowy przy wydalaniu moczu kurczy się od wszystkich stron i to w miarę opróżniania się coraz szybciej, przyczem włókna mięsne podłużne mają przewagę nad okrężnemi. Sprawa przedstawia się w ten sposób w pęcherzu miernie napełnionym, zdrowym, przy braku parcia u osoby leżącej, przy braku współdziałania tłoczni brzusznej. *K.*

Medycyna sądowa i ubezpieczenia.

Doc. Gebele. **Związek między urazem, a nowotworami.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 24). Przyczyna powstawania nowotworów jest ciemna. Jedni twierdzą, że nowotwory powstają z komórek, które w płodowem lub pozapłodowem życiu uwolniły się z organicznego związku; inni są zdania, że nowotwory rozwijają się z komórek zwykłych, które dopiero pod wpływem pewnych nieznanych nam bliżej podniet zaczynają bujać nowotworowo. Według Ehrlicha w ustroju znajdują się zwykle pewne ciała ochronne, działające hamująco na nadmierny rozrost i bujanie komórek (atreptische Immunität). Chemiczne pokrewieństwo komórek ciała z podłożem w warunkach prawidłowych przeszkodziłoby odżywieniu komórek ewentualnego nowotworu. Gdy to pokrewieństwo się osłabi, wtedy nowotwór zaraz znaleść może potrzebne mu do życia środki odżywcze w ustroju. Przyczynami wywołującemi osłabienie związku komórek z podłożem mogą być wszelkie podrażnienia mechaniczne, urazy, sprawy zapalne, zakaźne, pasorzyty, blizny, sprawy odrodcze i przerostowe i t. p. Aby nowotwór powstał w danem miejscu, musi być ono według Borsta już do tego usposobione. Hauser zaś i Beneke twierdzą, że i w zupełnie przedtem prawidłowej tkance powstać może nowotwór wskutek biologicznej zmiany w komórkach. Nie brak dowodów, że wspomniane wyżej urazy i wpływy łączą się nieraz ściśle przyczynowo z powstawaniem nowotworu. Typowe dowody spotykamy w tak zwanych rakach zawodowych, n. p. pęcherza i nerek u robotników w fabrykach aniliny, płuc u robotników w fabrykach metalowych, u tkaczy, w fabrykach cygar, w rakach moszny u kominiarzy, w fabrykach parafiny i teru i t. p. Przewlekły wyprysk przygotowuje podłoże dla raka sutka Pageta, stulejka dla raka prącia, kamienie pęcherza i pęcherzyka żółciowego poprzedzają nieraz raki, podobnie sprawy zapalne sutka i błony śluzowej macicy. Rak żołądka występuje na tle wrzodu, na skórze nieraz zjawia się w następstwie polipów, łojotoku, kłykcin, odleżyn, blizn i t. p. Także nowotwory łagodne występują często wskutek urazu lub stałego ucisku, n. p. tłuszczaki na czole, karku, barku i t. p. U zwierząt spostrzegano również powstawanie nowotworów wskutek podrażnień i urazów. Wobec wielkiego rozwoju nauki o ubezpieczeniach od wypadków sprawa związku nowotworu z urazem stała się bardzo żywotną. Nauka nie daje nam dotąd żadnych danych, by kategorycznie taki związek wyłączać, owszem nieraz musimy go przyjąć. Na dowód przytacza G. kilka przypadków nowotworów, powstałych bezpośrednio prawie po urazie. Przeważnie chodziło tu o mięsaki, które powstały w miejscu zadziałania urazu, bardzo szybko, bo nieraz już w 3—4 tygodni po wypadku.

Jaka może być granica czasu między urazem, a powstaniem nowotworu po urazie, orzec trudno. Zwykle istnieją pewne objawy łączące przez cały czas (bole, obrzmienie, ropienie i t. p.), czasem może ich jednak nie być. A w orzeczeniach co do ubezpieczeń ta granica czasu jest bardzo ważna. Thiem najdłuższy czas ocenia na dwa lata. Jeżeli istnieją objawy łączące, to naturalnie ze spokojnem sumieniem można wykazać związek, nawet po wielu latach (n. p. w jednym przypadku G. po 36 latach).

Bezwątpienia nieraz dopiero uraz zwraca uwagę chorego na istniejący już przedtem nowotwór, nie ulega też wątpliwości, że uraz przyspieszyć może powolny dotychczas rozwój nowotworu, ale z drugiej strony zaprzeczyć nie można, że uraz bardzo często odgrywa w powstawaniu nowotworów bardzo wielką rolę, bo choć może sam, jako taki, nie jest bezpośrednią przyczyną powstawania guza, to jednakże trafić on może w miejsce usposobione, lub też wywołuje w otoczeniu podrażnienie, na które komórki oddziaływają bujaniem, kończącem się powstaniem nowotworu. Zaprzeczać więc łączności urazu z guzem nie mamy prawa, nawet w razie większego odstępu czasu, o ile istnieją objawy, łączące oba cierpienia. *A.*

Ritter. **Leczenie ostrych spraw zakaźnych z jak największem zachowaniem czynności narządu.** (*Berl. klin. Wochs.* 1909, Nr 30). Przy ostrych sprawach ropnych, ograniczonych, stara się Ritter, celem jak największego zachowania czynności narządu, unikać nacięć, lecz wykonuje częste (co 1—2 dni) nakłucia i aspiracye ropy zapomocą grubych igieł z bocznymi otworami. Okazało się to korzystnem n. p. przy ropniach sutka, gruczołów szyjnych i t. p. Podobnie postępuje R. i przy ropieniach pochewek ścięgien, stosując prócz tego trzy razy dnia gorące kąpiele ręki. Kąpiele oddają cenne usługi także przy wszystkich innych ostrych sprawach, jak ropowicach, czyrakach, wrzodziankach i t. p. R. używa jak najgorętszej wody, w której przy ciągłem zachowaniu tej samej ciepłoty kąpie chory daną część ciała całą godzinę. Korzystne działanie czynnego przekrwienia jest tu tak widoczne, że R. poleca takie gorące kąpiółki jak najusilniej. *K.*

Tiegel. **Urazowe zapalenie wyrostka robaczkowego.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 46). Obecnie uznaje się już możliwość wystąpienia urazowego zapalenia wyrostka robaczkowego; oznaczają je na 2—8% ogólnej liczby schorzeń wyrostka. T. przytacza historye chorób 7 odpowiednich przypadków. Trzeba tutaj trzymać się pewnych norm. I tak powinno być zasadą, że jeżeli u człowieka zupełnie zdrowego nagle po urazie w okolicy wyrostka wystąpi ostre zapalenie, to obowiązkiem lekarza jest przyznać związek urazu z chorobą, bez względu n. p. na znalezione ropień, co dowodzi, że sprawa trwała już dawniej. Zapalenia wyrostka są obecnie bardzo częste, z tego względu nie można jednak wyłączać urazowego powstania w każdym przypadku. Przeciwko urazowemu powstaniu zmian w wyrostku przytaczają, że jest rzeczą niemożebną, by uraz zadziałać mógł na wyrostek bez wielkich zniszczeń w powłokach. A jednak tak być może; znamy przecież nawet urazowe pęknięcia jelit bez wielkich (a nawet nieraz bez żadnych) zmian w powłokach brzusznych. Objawy chorobowe mogą wystąpić zaraz, lub też w pewien czas dopiero po urazie. Czas ten nie może być za długi (najwyżej kilka dni), bo potem związek staje się wątpliwym. Urazowe zapalenie wyrostka przebiega zwykle bardzo szybko i groźnie. Zwykle występuje zgorzel lub przedziurawienie. Operacya prawie zawsze jest potrzebna. Bardzo często w podobnych przypadkach spotyka się, przy operacyi kamienie kałowe. Neuman oblicza je na 90%. Śmiertelność z urazowego zapalenia wyrostka jest także bardzo wielka, bo wynosi 55·8%. *K.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie.

Wydział matematyczno-przyrodniczy.

Posiedzenie z dnia 8 listopada 1909.

1) Czł. J. Talko-Hryncewicz przedstawia pracę własną: **Notatki do antropologii Czuwaszów nadwołżańskich**, w której dochodzi do wniosku, że Czuwasze są mieszańcami Tatarów z Finami, zajmując pośrednie miejsce z jednej strony pomiędzy kazańskimi i kasimowskimi Tatarami, z drugiej między fińskimi Wogułami i Czeremisami.

9) Czł. E. Godlewski przedstawia pracę p. S. Krzemieniewskiego: **Przyczynek do znajomości ruchów fototaktycznych.** Znane jest zmienne zachowanie się niektórych drobnoustrojów względem źródła światła, zależnie od tego, czy są one w hodowlach masowych, czy też są umieszczone w kropli wody. Wbrew panującym poglądom na przyczyny i istotę tego zjawiska, autor wykazuje, że zależy ono od stopnia absorbcyi światła w środowisku otaczającem drobnoustroje.

3) Czł. L. Marchlewski przedstawia pracę p. Z. Motylewskiego: **O metoksy-fenilo-kumaronach.** Grupa kumaro-

nów zyskała w ostatnich czasach na znaczeniu dzięki badaniom Stan. Kostaneckiego. Autor, ze względu na ważność tej grupy, zajął się zbadaniem metoksy-fenilo-kumaronów, wychodząc z metoksybenzofenoli.

(Treść 10 innych prac, przedstawionych na tem posiedzeniu, przekracza ramy »Przeglądu lek.«).

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie d. 10. XI. 1909

Przewodniczy Prof. Dobrowolski. — Obecnych członków 36.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. Radliński przedstawia: *a*) chłopca 4-letniego, u którego przy doszczętnej operacyi **przepukliny** pachwinowej wrodzonej **lewostronnej** znalazł w worku przepuklinowym **kątnicę wraz z wyrostkiem robaczkowym**. Wyrostek usunął, jelito ślepe odprowadził, poczem z przepukliną postąpił typowo podług Bassiniego. Obecność jelita ślepego w lewostronnej przepuklinie nie należy do wyjątków. Przytoczywszy piśmiennictwo, obecny przypadek podaje R. jako drugi przez siebie operowany. Za niezbędny warunek powstania tej postaci przepukliny uważać należy nadmierną długość krezki kątnicy, która przez to ma większą od prawidłowej ruchomość. Wyrostek robaczkowy w tych razach należy usuwać, ponieważ w niepomyślnych warunkach krążenia stanowić on może szczególnie podatny grunt do rozwoju spraw zapalnych. Przepukliny u dzieci w klinice krakowskiej operuje się podług Bassiniego, pomimo, iż niektórzy autorowie, zapewne z powodu pewnych trudności technicznych, uważają za dostateczne zamknięcie kanału pachwinowego w sposób mniej dokładny (Czerny).

b) Chorą, l. 28, u której usunął **nerkę prawą,** powiększoną do rozmiarów głowy 3-miesięcznego dziecka i zamienioną w stek **jam gruźliczych**. Rozpoznanie oparto na podstawie badania pęcherza cystoskopem i cewnikowania moczowodów. Na śluzówce pęcherza były owrzodzenia, była ona obrzękła w otoczeniu otworu prawego moczowodu. Otwór i okolica moczowodu lewego nie przedstawiały zmian. W ropie, wypływającej w miejsce moczu z cewnika moczowodowego, wprowadzonego do moczowodu prawego, prątków gruźliczych nie znaleziono, — co przy daleko posuniętej sprawie gruźliczej w nerkach nierzadko się zdarza. Po nefrektomii z usunięciem moczowodu w obrębie małej miednicy (zupełne usunięcie moczowodu aż do pęcherza i wpuklenie do pęcherza kikuta moczowodowego — zasadniczo stosowane przez Prof. Kadera — było w tym przypadku z powodu zgrubienia moczowodu i zrostów okołomoczowodowych niewykonalne) — chora szybko powraca do zdrowia.

c) Chorą, l. 39, z przetoką w okolicy lędźwiowej prawej, pozostałą po **nacięciu ropnia nerkowego** przed 3 laty. Przetoka nie wydziela moczu, tylko niewiele płynu ropiastego; nie wydziela również moczu cewnikowany moczowód — nerka zatem uległa, jako narząd wydzielniczy, zniszczeniu. Przyczynowo może tu wchodzić w grę albo sprawa gruźlicza, albo zapalna, albo może nowotwór (?). Nerka, wyczuwalna w postaci wielkiego guza, ma być wycięta. (W parę dni po posiedzeniu Prof. Kader zmienioną nerkę, silnie z otoczeniem pozrastaną, usunął; mikroskopowo stwierdzono gruźlicę; śmierć w 18 dni potem z zapalenia płuc).

d) Chorą, l. 38, jako przyczynek do błędów rozpoznawczych. Z powodu objawów niedrożności jelit leczono chorą przed jej zgłoszeniem się do kliniki przez 5 dni środkami przeczyszczającymi i wysokiemi lawatywami, a nie zbadano typowych miejsc przepuklin. Dopiero na dzień przed przysłaniem chorej do kliniki lekarz zauważył guz przepuklinowy. Coprawda sama chora na żaden guz, ani bolesność w okolicy wrot przepuklinowych się nie uskarżała, co zdarza się niekiedy i nie powinno lekarza zwodzić. W klinice stwierdzono **uwięźnięcie przepukliny udowej.** Przy operacyi stwierdził R. zgorzel bez przedziurawienia pętli uwięźniętej i dokonał enteroanastomozy oraz doraźnej resekcyi pętli zgorzelinowej sposobem, stosowanym przez Prof. Kadera. Stan operowanej zupełnie pomyślny. (Streszczenie własne).

3) Kol. Nüssenfeld przedstawia: *a*) Chorą, l. 27, która zgłosiła się do kliniki z powodu guza, który spostrzegła w lewej górnej połowie brzucha już od lat kilku, który jednakże w ostatnich miesiącach wyraźnie wzrastał i zaczął chorej sprawiać ból. Badanie wykazało, że guzem tym była znacznie **powiększona śledziona** (od przodu: lewa linia przymostkowa, a w dół aż na talerz biodrowy), a zarysy jej brzegów z wcięciami były widoczne już przez powłoki. Prof. Kader wyłączył białaczkę prawdziwą i rzekomą, kiłę, alkoholizm, a rozpoznanie wahało się między dawniej przebytą zimnicą (obecnie plasmodyów we krwi niema), a chorobą Bantiego; stwierdzono również znaczne powiększenie wątroby. Badanie krwi wykazało: c. czerw. 4,280.000, c. biał. 3.680 — eozynochłonnych 10%. Zwiększenie ilości ciałek eozynochłonnych przemawiało za chorobą Bantiego. — Prof. Kader otworzył jamę brzuszną z cięcia bocznego w kształcie T i **wyjął śledzionę** po podwiązaniu licznych naczyń; zrostów większych nie było. Badanie drobnowidowe utkania śledziony wykazało bardzo silne ukrwienie jej miąższu bez śladu melaniny. Wymiary śledziony: 36×14×6 cm, waga: 1190 grm. Pooperacyjny stan chorej zupełnie dobry.

b) Chora, l. 22, zgłosiła się do kliniki w 2 miesiące po ostrym napadzie kolki żółciowej, któremu towarzyszyła żółtaczka; ślady żółtaczki jeszcze widoczne. Wywiady wykazują kilka mniej silnych podobnych napadów, poprzedzających ostatni. Badanie stwierdza w okolicy pęcherzyka żółciowego bolesność, tamże słabo wyczuwalny opór o niewyraźnych zarysach. Prof. Kader rozpoznał zapalenie pęcherzyka, prawdopodobnie bez kamieni, uznał jednak zabieg operacyjny za wskazany ze względu na niebezpieczeństwo nawrotów, zapalenia okołopęcherzykowego i ewentualnego wtórnego powstania kamicy, i wykonał laparotomię (cięciem podłużnem). Stwierdzono silnie unaczynione zrosty pęcherzyka z dwunastnicą, okrężnicą poprzeczną, siecią, małą krzywizną żołądka; ściany pęcherzyka silnie zgrubiałe, śluzówka wykazywała nierówności; kamieni nie stwierdzono ani w pęcherzyku, ani w żadnym z przewodów; żółć wyglądała prawidłowo. Przewody drożne i w stronę pęcherzyka i w stronę dwunastnicy, wskutek czego ich nie drenowano. Dokonano **wycięcia pęcherzyka żółciowego łącznie z przewodem pęcherzykowym** w miejscu ujścia przewodu pęcherzykowego do przewodu wspólnego. Otworu do przewodu wspólnego nie zaszyto z powodu braku materyału plastycznego i obawy zwężenia; około tego otworu zostawiono sączek z gazy przeciwgnilnej. (Streszczenie własne).

4) Kol. Broniatowski przedstawił chorego, l. 35, u którego w 3 miesiące po urazie, który wywołał złamanie szyjki kości udowej, dokonał Prof. Kader ponownego złamania szyjki, ponieważ stwierdzono zrośnięcie w złem ustawieniu **biodra szpotawego** (*coxa vara*). Po ponownem złamaniu zastosował Prof. K. wyciąg, powiększany do 15 kg. i nałożony na kończynę dolną silnie odprowadzoną i skręconą ku wewnątrz. Po 6-tygodniowem działaniu wyciągu założono choremu opatrunek gipsowy. Obecnie, w 6 miesięcy po opuszczeniu kliniki, chory może chodzić (na razie z laską) i skrócenie kończyny chorej nie przenosi 2 cm.

5) Kol. Biskupski przedstawił 2 młodych 15-letnich chłopców, operowanych z powodu **zapalenia szpiku** kości udowej. Zarówno na kości piszczelowej, jak na udowej i innych kościach długich, usuwa Prof. Kader zawsze podokostnie tworzące rynnę brzegi trumienki martwakowej, pozostawiając tylko wązką listwę kostną. W ten sposób części miękkie mogą potem dokładnie kość obrosnąć i nie powstają przetoki, powstające wskutek istnienia rynny kostnej, czyli jamy o ścianach sztywnych w głębi miękkich części.

6) Kol. Hładij przedstawia chorego z urazowem **złamaniem lędźwiowej części kręgosłupa**. Objawy porażenia kończyn dolnych, pęcherza i odbytu, które zaraz po urazie wystąpiły, stopniowo ale dość szybko przeminęły. Pozostał nieznaczny niedowład kończyny dolnej lewej, który również znika. Pomimo wyraźnego zniekształtnienia kręgosłupa — wskazań do laminektomii niema. H. pokazuje rentgenogram tego przypadku, jak również **rentgenogramy** powyżej wspomnianego złamania szyjki kości udowej przed i po wyleczeniu, oraz rentgenogramy kości udowej po operacyi zapalenia szpiku.

Sekretarz: *Dr Morawski.*

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XXXII. posiedzenie naukowe d. 19. listopada 1909.

I. Kol. Orest Litwinowicz przedstawia: *a*) chorego, u którego **wyjął zapomocą wziernika przełykowego kość** długą 2 cm, przyczem wydobyło się kilka kropel treści posoko-

watej; *b*) preparat **pierwotnego raka dolnej części tchawicy**, omawiając rozpoznanie różniczkowe i podnosząc rzadkość pierwotnego raka tchawicy. (W piśmiennictwie znanych tylko 41 przypadków). W dyskusyi przemawiali kol. Prof. Ziembicki, Prof. Jurasz, Hornowski.

II. Kol. Nowicki przedstawia: *a*) preparaty anatomiczne i histologiczne **mięsaka pierwotnego jąder i jego przerzutów** w gruczołach, nerkach, opłucnej, mięśniu sercowym i zwoju Gassera, podnosząc bardzo znaczne zajęcie i zniszczenie mięśnia sercowego, który pomimo tego jeszcze dość sprawnie pracował; *b*) preparat **torbieli skórzastej jamy opłucnej lewej** wielkości główki jednorocznego dziecka; w jamie torbieli typowa treść łojowata z włosami, ściany zropiałe i rakowato zmienione. Prelegent omawia powstawanie torbieli takich w klatce piersiowej; przedstawiony wyszedł najprawdopodobniej ze śródpiersia przedniego. Preparat zasługuje na uwagę także ze względu na usadowienie, wielkość i przejście w raka, co jest rzeczą nader rzadką.

III. Kol. Marek Reichenstein mówi o objawach klinicznych w tym przypadku torbieli skórzastej opłucnej. Obserwacya kliniczna i rentgenizacya przemawiały za obecnością ciała obcego. Przy nakłuciu wydobyto płyn krwawy. Prelegent omawia objawy, towarzyszące zwykle torbieli skórzastej w klatce piersiowej, po których można na pewne sprawę rozpoznać.

Dyskusya: kol. Prof. Herman mówi o złośliwości mięsaków jądra i omawia jeden z ostatnich własnych przypadków tego rodzaju. Kol. Pisek podnosi niestosunek między zmianami, znalezionymi w mięśniu sercowym przy przedstawionym mięsaku, a objawami klinicznymi. Kol. Ziembicki W. mówi o przypadku przerzutu mięsaka jądra w rdzeniu z następowem porażeniem kończyn dolnych. Kol. Hornowski omawia powstawanie torbieli skórzastych, podnosząc znajdowanie w ścianie torbieli składowych części płodu. W końcu przemawiał prelegent.

IV. Kol. Witold Ziembicki: **O uroroseinie i nefroroseinie.** Wykład był objaśniony przedstawieniem odczynów i obrazów spektroskopowych. — W dyskusyi zabierali głos Prof. Raczyński i kol. Czarnik. *Nowicki.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

XIV. Wiec Izb lekarskich austryackich.

W dniu 25. i 26. listopada b. r. odbył się w Wiedniu XIV. Wiec Izb lekarskich austryackich przy niezwykle licznym udziale uczestników; 16 Izb lekarskich wysłało swych delegatów. Przy obradach, którym przewodniczył prezydent Izby lekarskiej wiedeńskiej, Prof. Dr Finger, obecny był także krajowy referent sanitarny, radca namiestnictwa Dr Netolitzky; w obradach nad niektórymi punktami uczestniczyli posłowie do Rady państwa Dr Michl i Dr Kindermann. Wiec zajmował się następującemi sprawami:

I. Przyjęto **sprawozdanie Izby zarządzającej i Wydziału wykonawczego** Izb lekarskich. Przy tej sposobności referent Wydziału wykonawczego, Dr Thenen, zawiadomił, że przygotowania do stworzenia własnego zakładu ubezpieczeń od wypadku zupełnie są ukończone i sprawa rokuje najlepsze powodzenie. Zakład ma powstać jako towarzystwo akcyjne z kapitałem zakładowym $1^1/_2$ miliona koron. W statutach zawarte jest postanowienie, że w radzie nadzorczej zasiadać ma co najmniej 4 lekarzy (na 8 członków), przez co wpływ lekarzy na cały zarząd przedsiębiorstwa będzie zapewniony. Wkrótce pojawią się odezwy z zaproszeniem do przystąpienia, przyczem i statuty zostaną lekarzom rozesłane.

II. W sprawie **ustawy o ubezpieczeniu społecznem** uchwalono następujące postulaty: 1) Współudział lekarzy w obradach nad ustawą (zawodowe reprezentacye w przybocznej Radzie pracy — »Arbeitsbeirat«). 2) Reprezentacye lekarskie w zarządach kas chorych z głosem doradczym. 3) Zapewnienie pomocy lekarskiej w ubezpieczeniach przymusowych ma być obowiązkowe i należy postarać się o dostateczną pomoc lekarską. Co do sposobu tej pomocy, o ile można, dążyć należy do porozumienia między kasami a reprezentacyami zawodowemi lekarzy. 4) Za najlepszy sposób pomocy lekarskiej uważa się zorganizowany wolny wybór lekarzy. Dopuszczalność tegoż ma być w statucie każdej kasy wyraźnie wyrażona, a praktyczne zaprowadzenie wolnego wyboru należy o ile możności ułatwiać. 5) Wynagrodzenie lekarzy ma być odpowiednie. Przy układaniu finansowych potrzeb kas chorych należy wstawić wystarczającą kwotę na pomoc lekarską. 6) Należy zawierać zawsze pisemne umowy, określające dokładnie prawa i obowiązki lekarzy. 7) Umożliwić zawieranie umów zbiorowych, przyczem pośredniczyć mają »komisye umów«, złożone równomiernie (paritätisch) z lekarzy i zastępców kas chorych. 8) Obowiązkowe, równomiernie złożone »sądy rozjemcze«, celem załatwiania zatargów wynikłych z umowy. 9) Obowiązkowe, równomiernie złożone »komisye pośredniczące« (»Einigungskommissionen«), mające na celu wyrównywać różnice zdań przed zawarciem umowy. 10) Od obowiązku ubezpieczenia wyjęte być mają osoby, których łączny dochód przekracza 2400 kor. rocznie. 11) Dobrowolne dalsze ubezpieczenie ma być dozwolone, jak długo łączny dochód roczny nie przekracza powyższej kwoty. 12) Dobrowolne przystąpienie do kas przymusowych ma być niedozwolone. 13) Ubezpieczenie rodzin jest pożądane i ma być obowiązkowe. Warunkiem jest uprzednie porozumienie co do pomocy lekarskiej. Wolny wybór lekarzy w pierwszym rzędzie ma być uwzględniony. 14) Przystąpienie przymusowo ubezpieczonych do kas zastępczych należy o ile możności utrudniać. Kasy zastępcze nadal mają być niedozwolone. 15) Zarejestrowane kasy związkowe i pomocnicze mają być jedynie kasami zapomogowemi dla zasiłków w razie choroby; nie mają mieć prawa do dawania członkom bezpłatnej pomocy lekarskiej. 16) Statystykę kas chorych należy zmienić; ma ona dawać jasny obraz ruchu chorych, jak również sposobu i rozmiarów udzielanej pomocy lekarskiej. 17) Do ustawy należy wprowadzić postanowienia, nakładające na kasy obowiązek wynagradzania lekarza, nie będącego lekarzem kasowym, za udzielanie pierwszej pomocy w przypadkach nie cierpiących zwłoki. 18) Postarać się o przepisy, któreby na kasy, ubezpieczające na wypadek niezdolności do pracy i na starość, nakładały obowiązek dostarczenia bezpłatnej pomocy lekarskiej dla wszystkich członków, pobierających rentę z powyższego tytułu. 19) W §§ 207 i 217 ustawy przy postanowieniach o świadectwach przy ubezpieczeniu od wypadku (»Unfallatteste«) należy dodać słowa »na koszt zakładu ubezpieczeń od wypadku«. 20) Zamieścić w ustawie postanowienie, mocą którego także takim ubezpieczonym, którzy poza okręgiem swej kasy zasłabną, miałoby przysługiwać prawo do bezpłatnego leczenia na koszt ich kasy, za pośrednictwem i pod kontrolą kasy, w której okręgu przebywają.

III. W sprawie projektu **reformy ustawy karnej** omawiano postulaty lekarzy, po większej części znane z wieców poprzednich. Ostatecznych uchwał nie powzięto.

IV. W sprawie **tytułów lekarskich i specyalistów** uchwalono: *a*) Dopuszczalne są tylko tytuły, nadane dekretem przez władze państwowe lub autonomiczne, w formie i brzmieniu takiem, jak oznaczono w dekrecie. O ile wolno używać innych tytułów, o tem rozstrzyga w każdym przypadku Izba lekarska, której każdy lekarz przedłożyć powinien tytuły, jakich zamierza używać. *b*) Tytułu specyalisty może używać lekarz, który przed Izbą lekarską udowodni, że w dotyczącej gałęzi nauki lekarskiej nabył dokładnych i gruntownych wiadomości. Natomiast oświadcza się Wiec przeciw wszelkim egzaminom specyalistów. Posiadający tytuł specyalisty powinien się ograniczyć do wykonywania wyłącznie tylko swojej specyalności. Sposób i brzmienie, jakiem lekarz wobec publiczności ogłasza swoją specyalność, podlega ocenieniu Izby lekarskiej. *c*) W uwzględnieniu potrzeb lokalnych poszczególne Izby lekarskie mają rozstrzygnąć, które gałęzie specyalne wolno łączyć, czyli równocześnie wykonywać. *d*) Wydział wykonawczy Izb lekarskich zastanowi się nad postanowieniami przejściowemi przy wprowadzeniu w życie powyższych uchwał.

V. Co do rządowego projektu **ustawy o chorobach zakaźnych** uchwalono, by Wydział wykonawczy do wiadomości rządu podał, co następuje: 1) Wiec wyraża ubolewanie, że projektu ustawy nie udzielono Izbom lekarskim do ocenienia. 2) Projekt rządowy w najważniejszych częściach nie odpowiada wymogom nowoczesnej wiedzy lekarskiej i praktyki lekarskiej ani co do higieny, ani pod względem społecznym.

Pod względem zawodowo-lekarskim wiec wypowiada następujące żądania: 1) Należy przeprowadzić dokładny podział uprawnień lekarza urzędowego z jednej, a praktycznego z drugiej strony. 2) Doniesienia o przypadkach chorób zakaźnych mają być wynagradzane; należne za to kwoty mają być wypła-

cane lekarskim funduszom dobroczynnym. 3) Zaopatrzenie lekarzy i ich rodzin według VIII. klasy rangi urzędników państwowych ma być rozszerzone także na lekarzy praktycznych, którzy w wykonywaniu zawodu wskutek zakażenia się podczas epidemii staną się niezdolni do pracy, lub śmierć poniosą. Lekarzom epidemicznym należą się przez czas ewentualnej choroby pełne dyety i zasiłek. 4) Przewidzianych w § 37 premii za szczególne usługi przy tłumieniu epidemii lekarze przyjąć nie mogą. (Oznaczone w tym § premie wynoszą aż do 200 koron!!). 5) Wysokość kar i grzywien należy zniżyć.

W końcu wiec Izb lekarskich uważa za potrzebne, by wkrótce powstała ustawa o przewlekłych chorobach zakaźnych, t. j. o gruźlicy i kile.

VI. W sprawie różnic między wydanymi przez ministerstwo przepisami co do **zapisywania leków,** a **normami kas chorych,** uchwalono zwrócić się do odpowiednich czynników, by różnice te usunąć.

VII. Polecono Wydziałowi wykonawczemu Izb lekarskich, by na podstawie referatu Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej wypracował **nową taryfę sądowo-lekarską** wraz z memoryałem do rządu w tej sprawie.

VIII. Uchwalono, by Izby lekarskie oświadczyły, że **bezpłatne leczenie zamożnych chorych** w miejscach kąpielowych nie licuje z godnością stanu lekarskiego. Chodzi tu o chorych, należących do różnych stowarzyszeń dobroczynnych, jak np. do Tow. »Białego Krzyża« lub »Złotego Krzyża« itd. (Wniosek sekcyi niemieckiej Izby lek. w Pradze).

IX. Na wniosek sekcyi czeskiej Izby lek. w Pradze uchwalono, że **lekarzom pomocniczym** szpitali i klinik, **którzy nie zajmują posady stałej, nie wolno równocześnie pełnić czynności lekarzy kasowych.** Wyjątki dozwolone są jedynie za uchwałą odpowiedniej Izby lekarskiej. Powodem tego postanowienia jest między innemi okoliczność, że w niektórych większych miastach lekarze pomocniczy załatwiali ambulatoryum kasowych chorych w szpitalu lub na klinice, przyczem, obniżając ceny, wyrządzali szkodę lekarzom praktycznym, walczącym o poprawę warunków bytu.

X. Wypracowany przez Izbę lek. styryjską referat w sprawie zmiany przestarzałej **ustawy sanitarnej państwowej** przydzielono Wydziałowi wykonawczemu do rozpatrzenia.

XI. To samo uczyniono z projektem Izby lek. śląskiej, tyczącym się **opodatkowania specyfików,** przyczem uchwalono zwrócić uwagę rządu na nadużycia, popełniane rozpowszechnianiem i ogłaszaniem środków tajnych.

XII. Na wniosek Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej uchwalono zwrócić się do ministerstwa sprawiedliwości z prośbą o rozstrzygnięcie, **czy lekarz więzienny ma obowiązek pełnić bezpłatnie czynności znawcy sądowego** i orzekać o uszkodzeniach więźnia na rozprawie, na której więzień ten występuje jako poszkodowany. Zdarzyło się bowiem, że dozorca pobił więźnia; przy rozprawie obaj lekarze więzienni orzekali o jego uszkodzeniach. Sąd krajowy wyższy odmówił tym lekarzom wynagrodzenia za orzeczenie, powołując się na to, iż »lekarz więzienny ze stałą remuneracyą obowiązany jest do pełnienia wszystkich czynności sanitarno-lekarskich w domu więziennym, a w szczególności do badania stanu bez względu na przyczynę choroby«.

XIII. Na wniosek Izby lek. tyrolskiej postanowiono dążyć do tego, by **doniesienia o wypadkach w przedsiębiorstwach,** zobowiązanych do ubezpieczenia robotników od wypadku, były obowiązkowo wystawiane przez lekarzy, a płacone przez przedsiębiorców.

XIV. Na wniosek Izby lek. styryjskiej uchwalono zwrócić się do rządu z prośbą o wydanie przepisów, któreby zapobiegły **nadużyciom recept** na środki silnie działające.

XV. Na wniosek Izby lek. dolno-austryackiej postanowiono, by lekarze obejmowali **posady** o stałem wynagrodzeniu **tylko na podstawie umowy,** przez odpowiednią Izbę lekarską zatwierdzonej. Schemat takiej umowy rozesłany został Izbom lekarskim, które mogą go oczywiście zmieniać w miarę odmiennych potrzeb lokalnych.

XVI. Na wniosek Izby lek. zachodnio-galicyjskiej uchwalono poczynić kroki, aby władze wojskowe były poinformowane, że § 7 rozporządzenia cyrkularnego z r. 1859, zawierającego przepisy **o leczeniu żołnierzy i żandarmeryi przez lekarzy cywilnych,** wskutek późniejszych rozporządzeń stracił moc obowiązującą. Paragraf ten orzekał, że lekarz »pozostający w służbie publicznej« ma obowiązek żołnierzy leczyć bezpłatnie. Mimo to zdarza się bardzo często, że władze wojskowe odmawiają lekarzowi wynagrodzenia za leczenie żołnierzy, niesłusznie powołując się na to, iż jest lekarzem gminnym lub okręgowym. Równocześnie przyjęto wniosek tejże Izby zachodnio-galicyjskiej, by dążyć do zmiany taryfy, zawartej w rozporządzeniu cyrkularnem ministerstwa obrony krajowej z r. 1891, określającej wysokość honoraryum za leczenie żołnierzy i żandarmeryi, albowiem taryfa ta wprost ubliża stanowi lekarskiemu. Jako przykład: za wyjazd do chorego, o 7 kilometrów oddalonego od miejsca zamieszkania lekarza, przyznaje taryfa łącznie z »dyetami, kosztami podróży i ordynacyą lekarską« 3 K. 78 h.

XVII. W sprawie **techników dentystycznych** powzięto następującą rezolucyę: 1) Wiec Izb lekarskich austryackich protestuje stanowczo przeciw wszelkiemu oddawaniu laikom lekarskiego zakresu działania i nie zgodzi się pod żadnym warunkiem na przyznanie im praw lekarskich. 2) Wiec Izb lekarskich oświadcza, że jeżeli się technikom dentystycznym nadaje uprawnienia lekarskie, na zasadzie dotychczasowego ich partactwa, to jest to sprawa, która nie dotyczy wyłącznie lekarzy dentystów, ale jest sprawą, obchodzącą wszystkich lekarzy bez różnicy specyalności, albowiem tego rodzaju »miłosierne uczynki« na koszt lekarzy mogłyby stać się prejudykatem na przyszłość. Dlatego nie przyznaje się lekarzom dentystom prawa do zawierania ugody pod tym względem bez przyzwolenia ogółu lekarzy. 3) Wiec Izb lekarskich oczekuje, że rząd na to, by popełbić akt oportunizmu, nie zechce naruszyć uprawnień uniwersytetów, które jedynie i wyłącznie nadawać mogą prawo praktyki.

XVIII. Na wniosek Izby lek. wiedeńskiej uchwalono zwrócić się do rządu o wydatniejszy **udział lekarzy praktycznych i zastępców Izb lekarskich w Najwyższej Radzie Zdrowia.** Przy tej sposobności delegaci sekcyi czeskiej Izby lek. w Pradze i Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej wskazali na to, że w składzie Najwyższej Rady Zdrowia kraje ich nie są w odpowiedniej mierze uwzględnione.

XIX. Na wniosek sekcyi czeskiej Izby lek. w Pradze postanowiono dążyć do zmiany przestarzałych przepisów **o homeopatach,** w szczególności do tego, by im odebrano prawo dyspensacyi leków bez osobnej koncesyi, jako uprawnienia, którego inni lekarze nie posiadają.

XX. Na wniosek Izby lek. morawskiej uchwalono **taryfę za świadectwa lekarskie celem ubezpieczenia** na wypadek niezdolności do pracy, a mianowicie za zwykłe badanie wraz z orzeczeniem 10 kor., za badanie zmysłów, t. j. oczu i uszu po 2 kor. osobno; kwoty te dotyczą badania w pokoju ordynacyjnym lekarza.

XXI. Uchwalono zwrócić się do rządu z przedstawieniem, by zaniechano projektu **opodatkowania wód mineralnych.** Rzecz godna uwagi, że projekt rządowy rozróżnia wody mineralne lecznicze i wody mineralne stołowe. Wody stołowe mają być opodatkowane; do nich zaliczono jednak szczawy alkaliczne, o których własnościach leczniczych układający projekt widocznie nic nie wiedział.

XXII. Jako Izbę zarządzającą wybrano ponownie wiedeńską; następny wiec jednak odbyć się ma w Bernie Morawskiem.

Do Wydziału wykonawczego Izb lekarskich weszli pp.: Festenburg (Lwów), Finger (Wiedeń), Kučera (Berno), List (Retz), Petrina (Praga), Schlömicher (Graz).

Dr Schoengut.

Zjazd delegatów Związku państwowego organizacyi lekarskich w Wiedniu w d. 23. i 24. XI. 1909.

Obecni: Dr Pick i Perko (ze Związku czesko-niemieckiego), Prof. Wicherkiewicz (Zw. galicyjski), Dr Rohmberg (Zw. przedarul.), Dr Franc. Wolf (Zw. niem. Tyrolu), Dr Heschel i Lederer (Styrya bez Gracu), Dr Rothenpieler (Karyntya), Dr Maggi (Dalmacya), Dr Gassner (Grac), Dr Reh (Austrya górna), Dr Hellbich (z org. czeskiej), Dr Schindler i Freundlich (Morawy), Dr Defrancesci (Kraina), Dr Riss i Koralewski (Austrya niższa), Dr Skorscheban, Dr Gruss, Dr Theimer, Dr Thenen, Dr Grün, Dr Hauschka, Dr Hiebel i Prof. Koenigstein (z org. wiedeńskiej), Dr Paul i Dr Winter (z org. lek. austr.), Dr Stiller (Śląsk), Dr Castiglioni (Tryest), wreszcie jako gość, generalny sekretarz Związku lipskiego Dr Kunze.

W przemówieniu wstępnem podkreśla prezes Związku państwowego, Dr Gruss, ciężki los, na jaki wystawieni są lekarze, a zwłaszcza teraz wobec projektu ubezpieczenia społecznego. Nawet projekt rządowy, dopuszczający granicę dochodową, na którą lekarze mogliby się zgodzić, t. j. 2400 kor., został przez sam rząd prawie bez obrony pozostawiony losowi, gdy wszystkie czynniki są lekarzom przeciwne, bądź z braku zrozumienia

rzeczy, bądź, i to przeważnie, dla osiągnięcia pewnych zysków politycznych. Ale przygotowani na wszystko podejmiemy walkę, zapowiadającą się według wyników ankiety w tej sprawie. Niestety ankieta ta nie mogła wypaść rzeczowo, bo zaproszono tylko niewielu lekarzy, i to bez porozumienia się czy to z Izbami, czy z organizacyami, jak być powinno. Potrzeba skupić wszystkie siły nasze, a te objawić się mogą tylko przez ścisłe zszeregowanie się wszystkich lekarzy w związki. (Powinno to i dla naszych kolegów w Galicyi być wskazówką, by coprędzej przystąpili do organizacyi bez zastrzeżeń, jakich nigdzie zresztą nie robiono).

Po przemówieniu prezesa przyjęto nowe organizacye do Związku, a mianowicie Związek krajowy galicyjski, Związek lekarzy ślązkich i Organizacyę lekarzy gminnych i obwodowych Moraw. Przedłożono zaś do ratyfikacyi układ z organizacyą lekarzy Czechów, która to organizacya na 2060 lekarzy liczy 1842 członków z wkładką 24 koron rocznie, a wszyscy ci lekarze bez najmniejszego wahania zgodzili się na podpisanie deklaracyi czyli rewersu na 2000 kor., któreby zapłacili w razie niedotrzymania zobowiązania. Stosunek układowy ze Związkiem państwowym daje Czechom tę korzyść, iż mają wolną rękę w zarządzaniu bojkotów u siebie i w wydawaniu ostrzeżeń, a płacą tylko 500 koron rocznie do kasy Związku. Czesi zastrzegli sobie korespondencyę w dwojakim języku, t. j. Związek pisze po niemiecku, organizacya po czesku.

Do wydziału pracy (Arbeiterausschuss) wybrano tych samych kolegów, którzy zasiadali dotychczas, t. j. Rothenpielera, Gassnera, Defranceschi, Picka.

Sprawozdanie prezydyum Związku za rok ubiegły będzie drukowane.

Kasowe sprawozdanie złożył Dr Skorscheban: dochody z r. 1908 wynosiły 6360, w r. 1909 5996, saldo 931, razem 12987 kor. — Wydatki w r. 1908 wynosiły 5496, w r. 1909 4508, pozostaje na rok następny 2808 kor. gotówką.

Dr Reh proponował podwyższenie wkładki, gdyż potrzeba archiwum, biblioteki i stałego sekretarza płatnego, a według obliczeń Dra Picka, wydatki wynosiłyby na pokrycie tego 25—30 tysięcy koron, lecz sprawa ta powinna być załatwiona w wydziale pracy. Dr Gruss wyraża życzenie, by wszyscy członkowie organizacyi przysyłali odbitki prac, traktujących sprawy społeczno-lekarskie, do prezydyum Związku; w ten sposób powstanie początek biblioteki.

Dr Skorscheban wprowadza następnie deputacyę lekarzy pomocniczych wiedeńskich, którzy swego czasu wygotowali memoryał i wręczyli go min. spraw wewn. Haerdtlowi, jakoteż namiestnikowi hr. Kielmanseggowi w sprawie polepszenia swego położenia socyalnego i ekonomicznego. Żądano przytem podwyższenia płac, powiększenia ilości sekundaryuszy, zaprowadzenia obowiązkowego ubezpieczenia od wypadku i odpowiedzialności (Haft u. Unfallvers.), przedłużenia urlopu, zupełnego wiktu i opału, a nadto, by tylko 30 łóżek przypadało na jednego lekarza pomocniczego. Deputacya wracała od namiestnika, który przyjmując ją, zaznaczył, iż komisya, której referat przydzielono, popiera wogóle życzenia lekarzy, a on sprawę do ministeryum przesyła. Ponieważ jednak z podobnemi żądaniami występują i lekarze prymaryusze, przeto na spełnienie życzeń i lekarzy pomocn. i prymaryuszy będzie potrzeba w samych zakładach wiedeńskich najmniej milion koron. Co do pomnożenia sekundaryatów na podstawie ilości łóżek, to sprawa ta powinna być pozostawiona dyrektorom pojedynczych zakładów. Deputacya przytoczyła zapewnienie namiestnika, iż co do ubezpieczenia od wypadku i odpowiedzialności, to wskaże petentom adwokata, który w poszczególnych przypadkach sprawę poprowadzi; w końcu udzielił namiestnik ojcowskiej rady: »Man solle doch das gute Fahrwasser nicht stören«. — Zgromadzenie przyjęło sympatycznie komunikat lek. pomoc., a Dr Gruss zapewnił, że Związek państwowy poprze żądania i zachęcał, by wszyscy lekarze pomocniczy i asystenci klinik przystępowali do organizacyi, przez którą słuszne żądania stanowe znajdują poparcie i bywają ziszczane.

Następnie kolejno przedstawiali delegaci rozwój organizacyi. Z tego przedstawienia wynikało przedewszystkiem to, iż nigdzie nie robiono trudności z powodu deklaracyi, iż mniej więcej wszędzie lekarze są zorganizowani, w niektórych jednak krajach tylko jako organizacye ekonomiczne. Czeska obejmuje Czechy, Morawy i Śląsk, ma 28 okręgów a 12 sekcyi specyalnych. W Karyntyi bez wyjątku wszyscy lekarze należą do organizacyi, to też delegat tej organizacyi Dr Rothenpieler śmiało zapowiadał, że w razie potrzeby, gdyby mianowicie żądania lekarzy co do granicy majątkowej przy ubezpieczeniach w kasach chorych nie miały być przyjęte, wszyscy usuną się od wykonywania praktyki w kasach. Organizacya taka jest w Karyntyi tem potrzebniejsza, iż niema tam Izby lekarskiej. W podobnym duchu rozwijają się inne organizacye, a delegaci przytaczają niektóre przypadki, z których wynika, jak ciężką, ale skuteczną walkę zjednoczeni lekarze prowadzić są zdolni. Dr Mazzi z Dalmacyi (Spalato) przytacza przypadek, gdzie członek organizacyi przyjął miejsce w pewnej bojkotowanej kasie. Organizacya na prośbę zniżyła mu karę z 2000 na tysiąc, którą to kwotę winowajca złożył. Później pokazało się jednak, że kwotę wydał nie ze swej kieszeni, ale z zasobów kasy. Z tego pokazuje się, że kara 2000 koron w pewnych przypadkach jest za nizka.

Dr Thenen przedstawił plan utworzenia przez lekarzy tow. akcyjnego ubezpieczenia od przypadków i odpowiedzialności (Unfall u. Haftpflichtges.) z kapitałem półtora miliona koron, zebranym na akcye po 200 kor.

»Clou« popołudniowego posiedzenia stanowiła bardzo wyczerpująca rozprawa, dotycząca najważniejszej sprawy, tj. ubezpieczenia społecznego, o ile ono dotyka stosunku lekarzy do kas chorych. Referat bardzo wyczerpujący złożył raz jeszcze ustnie na podstawie już drukowanego Dr Pick z Aussig, który okazał się doskonałym znawcą przedmiotu i biegłym mowcą. Przemówienie swe zakończył referent postawieniem następujących tez: 1) Dla przymusowego ubezpieczenia oznacza się granicę nie wyższą nad 2400 kor. 2) Dobrowolne przystąpienie do kasy przymusowej jest niedozwolone. 3) Także w kasach przymusowych wybór dowolny lekarza powinien być prawnie ustalony. 4) Unormowanie sprawy honoraryów pomiędzy kasami a lekarzami przez ustawowe stworzenie komisyi ugodowych i pojednawczych (Vertrags u. Einigungskommissionen). 5) Ubezpieczenie rodzin tylko wtenczas jest dopuszczalne, gdy granica majątkowa nie będzie przekraczać 2400 kor., a wybór lekarzy stanie się dowolnym. 6) Zakazuje się wolnej lekarskiej pomocy w jakiejkolwiek postaci w kasach pomocniczych rejestrowanych i stowarzyszeniach. 7) Kasy przymusowe, nie dające jednak pieniężnego wsparcia, powinny również wykazywać działalność lekarską, z której członkowie korzystali, a to celem osiągnięcia ścisłego materyału statystycznego w interesie publicznego dobra.

W dyskusyi Dr Hellbich stawia poprawkę do § 52, by chorzy, udający się poza okręg kasy, pozostawali pod kontrolą kasy ich nowego miejsca pobytu. Dr Gassner zachęca do zwalczania »pasorzytów« i radzi nie dopuścić do kompensacyi. Dr Lederer jest przeciwnikiem autonomii kas, natomiast Dr Grün przemawia za nią ze względów społecznych. Zwracano dalej słusznie uwagę, iż mało jest przedstawicieli lekarzy w parlamencie; decepcye w radzie państwa nas nie miną, dlatego przygotować trzeba nasze środki obronne. *B. Wicherkiewicz.*

(Dokończenie nastąpi).

Izba lekarska wschodnio-galicyjska ogłasza następujące:

Ostrzeżenie.

Lekarz w Starym Samborze, pełniący od r. 1902 obowiązki zastępcy lekarza miejskiego, czyni starania o uzyskanie posady miejskiej, opróżnionej wskutek śmierci dotychczasowego lekarza. — Na podstawie uchwały Wydziału Izby z dnia 22. listopada wzywa się kolegów, aby przy rozpisaniu ponownego konkursu o tę posadę się nie ubiegali, bez poprzedniego porozumienia się z Izbą.

Wiceprezydent Izby lek. wsch.-gal.: *Dr Papée.*

Związek państwowy organizacyi lek. austr. podaje do wiadomości, że bojkot posady w Toblach w Tyrolu skończył się zupełnem zwycięstwem organizacyi. Prezes: *Dr A. Gruss.*

Cavete! Wśród posad, przed których przyjmowaniem ostrzega Związek państwowy organ. lek. austr., znajduje się nadal posada gminna i kasowa w Piotrowicach na Śląsku cieszyńskim. *R.*

XVII. Wiec Stowarzyszeń lekarskich austr. (Aerztevereinstag) odbył się w Wiedniu 24. XI. 1909 pod przewodnictwem Dra Svetlina, Festenburga ze Lwowa i Brennera z Linzu. Związek Stowarzyszeń lekarskich (Aerztevereinsverband) ma 4700 kor. majątku i 164.749 kor. funduszu dla wdów i sierot. Na wiecu uchwalono wniosek zarządu, wyrażający życzliwe stanowisko Związku wobec organizacyi lekarskich, którym związek pozostawia działalność zawodową, ograniczając się do działalności humanitarnej, oraz rezolucyę, oświadczającą się przeciw podniesieniu granicy dochodu przy ubezpieczeniu w kasach chorych

powyżej 2.400 kor. i protestującą przeciw temu, że do ankiety w sprawie ubezpieczenia społecznego nie zostały zawezwane Izby lekarskie. *R.*

Galicyjscy członkowie Najwyższej Rady Zdrowia utworzyli (jak donosi »Kuryer lw.« z 26. XI. 1909) w d. 13. XI. w Wiedniu w liczbie pięciu (szósty, Dr Sielski, nie przybył na posiedzenie Rady) odrębną grupę pod przewodnictwem Prof. Kostaneckiego, postanawiając występować zawsze solidarnie. Według »Kuryera« oprzeć się ma grupa galicyjska na krajowej Radzie Zdrowia, »której będzie przedkładała do przedyskutowania i wstępnego sformułowania najważniejsze postulaty«, a przedewszystkiem ma się domagać, by rząd celem zwalczania epidemii w Galicyi zorganizował szpitale ruchome i ekspedycye naukowe. *R.*

Z administracyi znaczków receptowych.

Proszę Szanownych Kolegów, którzy dotychczas kwoty 2 koron za znaczki noworoczne na fundusz wdów i sierot nie przesłali, by to uczynić zechcieli najpóźniej do 25 grudnia b. r., a to ze względu na zamknięcie rachunków za rok 1909.

Kwotę proszę przesłać albo czekiem pocztowej kasy oszczędności, albo, w razie zagubienia go, przekazem pocztowym pod adresem: Administracya znaczków receptowych, Kraków, Floryańska 22. II. piętro.

Dr Żydłowicz, administrator.

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 14. XI. do 20. XI. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 7 † 5 (w tem obcych 1 † 2), płonicy 41 † 7 (4 † 1), odry 231 † 6 (2 † —), duru brzusznego 4 (3). *Dr Legeżyński.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 21. XI. do 27. XI. zgłoszono przypadków: błonicy 11 † 1 (w tem obcych 5 † 1), płonicy 4, odry 1, duru osutkowego podejrzenie 1 (1), duru brzusznego 9 † 1 (8 † 1), gorączki połogowej 2 † 2. *Dr Janiszewski.*

Choroby zakaźne w Warszawie. Od 7. XI. do 13. XI. 1909 r. przybyło do szpitali warszawskich przypadków: ospy 25 † 6, odry 4, płonicy 12 † 1, błonicy 5 † 1, róży 18, duru brzusznego 15 † 4, duru osutkowego 6, duru powrotnego 2. (*Gaz. lek.* Nr 48).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 1. XII. b. r. posiedzenie, na którem Prof. Browicz miał wykład p. t. »Etyologia raka«. W dyskusyi przemawiali Prof. Kostanecki i prelegent. Dalszy ciąg dyskusyi odłożono na następne posiedzenie, mające się odbyć w d. 15. XII.

— W Kasie chorych Stowarzyszenia kupców i młodzieży handlowej w Krakowie ma być obsadzona prowizoryczna posada lekarza. Wiadomości udziela Biuro Izby lekarskiej zach.-gal. (Radziwiłłowska 4, od 2—3 popoł.).

— Na kursa lekarskie przybyło szczupłe grono uczestników, dlatego też całkowicie zorganizował się dotąd tylko kurs medycyny wewnętrznej i okulistyki, a inne tylko częściowo.

— Towarzystwo »Bratnia pomoc medyków U. J.«, ukonstytuowane w maju b. r., miało przez czas swej działalności dotychczas 3703·38 kor. dochodu, a 1718·07 rozchodu; fundusz im. Jordana (na pożyczki rygorozalne) wynosił 277·40 kor. Członków zwyczajnych było 186, wspierających 9, założycieli 6. Prezesem Towarzystwa jest p. Józef Szymanowicz, kuratorem Prof. Dr Kostanecki.

— Dzienniki warszawskie donoszą, że w Krynicy powstać ma kosztem 2½ miliona koron sanatoryum o 150 pokojach, posiadające własne źródło gazowo-mineralne »Marya« i że na czele tej sprawy stoją poseł Dr R. br. Battaglia, p. L. Hassfeld z Warszawy i Dr H. Ebers.

— Budowa kolei z Muszyny do Krynicy została rozpoczęta.

Lwów. Bank krajowy za pozwoleniem Wydziału krajowego rozszerzył granice kredytu hipotecznego dla zdrojowisk, co niewątpliwie może znacznie ułatwić ich rozwój.

Warszawa. Kierownik pracowni Towarzystwa lek. warsz., Dr Serkowski, podaje do wiadomości, że pracownia wyrabia do celów doświadczalnych i leczniczych na użytek szpitalny: pyocyanazę, szczepionkę przeciwdurową, przeciwcholeryczną, przeciwpaciorkowcową i przeciwgronkowcową, których na żądanie ordynatorów szpitali dostarcza bezpłatnie. Pracownia Towarzystwa otwarta jest dla członków codziennie od 8 rano do 10 wieczór, a do pomocy pracującym obecni są codziennie kierownik od 1—3, chemik od 6—10, laborantka cały dzień.

— Na ogólnem zgromadzeniu Towarzystwa naukowego warszawskiego w dniu 25. XI. z powodu zrzeczenia się p. Władysława Janowskiego wybrano na sekretarza Towarzystwa p. Franciszka Puławskiego, a na członków zarządu Tow. wybrano powtórnie pp. Władysława Janowskiego, J. K. Kochanowskiego i Feliksa Kucharzewskiego.

Z różnych stron. Porządek dzienny IX ogólnego zgromadzenia »Związku polskiego lekarzy i przyrodników« w Petersburgu w d. 13/26. XI. b. r. obejmował obrady nad udziałem »Związku« w XII. Zjeździe rosyjskich przyrodników i lekarzy w Moskwie, oraz wykład inż. S. Dudrewicza: »Mechaniczne filtry dla wody do picia z zupełnem zatrzymaniem drobnoustrojów według metody inż. O. Scheidta«.

— Prof. Szawłowski został po wysłużeniu 25 lat w Akademii wojskowo-lekarskiej w Petersburgu zatwierdzony na dalsze 5 lat w urzędzie.

— Dyplomy lekarskie otrzymali w Kijowie następujący Polacy: E. Bratkowski, B. Czapirzyński, K. Dietrich, T. Grabowski, M. Kojdecki, B. Koneczny, E. Kostrowski, A. Kowalewski, A. Ostrowski, L. Radwański, M. Sagatowski, L. Sielicki, E. Studziński, L. Tarnawski, K. Zamojski, J. Zasławski.

Mianowani: Profesorem higieny w Heidelbergu Prof. H. Kossel z Giessen;

Dr Adam Sterczyński w Warszawie, lekarzem nadetatowym przy zachodnim zarządzie górniczym.

Zmarli: Dr Stanisław Szczytnicki, krakowianin, lekarz marynarki austr. »Lloydu« w drodze z Bombaju do Tryestu; higienista Prof. Bubnoff z Moskwy, okulista ks. Karol Teodor bawarski w 70 r. ż.; Dr H. Adler, redaktor »Wiener med. Wochenschrift«, wybitny znawca medycyny społecznej i szermierz spraw zawodowych w 61 r. ż.; chirurg Prof. Jordan w Giessen.

Redakcya otrzymała. Dr Józef Pawiński: Prof. Ignacy Baranowski. (Życiorys). »Pam. Tow. lek. warsz.« 1909. — Dr R. Spira: »Über die Behandlung akuter Mittelohrentzündungen mit Hilfe der Stauungshyperaemie. »Heilkunde« 1909. — Dłuski i Rospędzihowski: Bluntuntersuchungen nach der Arnethschen Methode im allgemeinen und in der Tuberkulose im speziellen. 102 von uns untersuchte Fälle. »Beiträge z. Klinik der Tuberkulose« 1909. — Brodzki: Über die Dichtigkeit des Nierenfilters. »Therapie der Gegenw.«. 1909. — E. Ehrenpreis: O bezpłodności kobiecej w małżeństwie. »Nowiny lek.« 1909.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Perdynamin

nadzwyczaj smaczny, płynny przetwór hemoglobinowy, nieszkodliwy dla zębów, pobudzający apetyt, znakomicie wypróbowany przy **niedokrwistości** i ogólnem osłabieniu.

Lecithin-Perdynamin

przetwór lecytynowo-hemoglobinowy o wypróbowanem działaniu przy **neurastenii** i innych chorobach nerwowych, przy podupadłem odżywieniu i krzywicy. 236

Guajacol-Perdynamin

przetwór gwajakolowo-hemoglobinowy polecany przez lekarzy przy **schorzeniach narządów oddechania**, gruźlicy płuc, nieżycie płuc, zapaleniu oskrzeli, krztuścu i skrofulozie.

Próbki i piśmiennictwo bezpłatnie.

Próbki Lecithin-Perdynamin tylko za obliczeniem kosztów przez miejsce wyrobu dla Austro-Węgier.

Mr. Camillo Raupenstrauch em. Apotheker
Wien II/1 Castellezgasse 25.

SYRUP HYPOPHOSPHIT comp. Dr. EGGER

zawiera w jednej łyżeczce żelaza 0·05, wapnia 0·10, potasu 0·06, sodu 0·06, chininy 0·005 i strychniny 0·00005, sole kwasu fosforowego i odpowiednio do farmakopei Unit. St.

S. Hypophosphit comp. Dr. Egger

jest dzielnym środkiem w przypadkach **niedokrewności, neurastenii, rozmaitych schorzeniach narządu nerwowego, w krzywicy, zołzach** jest nieocenionem **tonicum** dla **ozdrowieńców**; bywa też podawany w pierwszorzędnych klinikach, jak w klinice Radcy dworu prof. Krafft-Ebinga, prof. Felserreicha, prof. Fingera, prof. Mračeka, prof. Jendrasika, prof. Rosthorna i t. d.

Cena: za jedną 500-gramową flaszkę 4 koron 80 hal.
za jedną 250-gramową flaszkę 2 korony 40 hal.

Główny skład: dla Galicyi wschodniej w aptece Piotra Mikolascha we Lwowie — dla Galicyi zachodniej w aptece Konstantego Wiszniewskiego w Krakowie.

220 Główny skład i wyrób

Apteka „Reichspalatin"
Budapeszt, VI, Weitzner Bolevard 17.

LABORATORYUM CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNE

EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa





poleca wyroby własne: 208

Ferrophosphat (Syr. ferr. mangan. hypophosphor. comp.)

w działalności identyczny z Syrr. Fellowa. Dra Eggera itp.

Nieoceniony jako tonicum w przypadkach niedokrewności, w cierpieniach narządu nerwowego, krzywicy, neurastenii itp. Zawiera: żelazo, mangan, wapień, potas, chininę, fosfor, strychninę, kwas i sole hypofosforowe rozpuszczone w syrupie. Skład chemiczny podany na każdej flaszce. Ferrophosphat MATULI wydaje się jedynie w aptekach na przepis lekarski. Cena za flakon Kor. 2. Sposób użycia: 2—3 razy dziennie łyżeczkę od kawy w 1/4 szklanki wody. — Do nabycia we wszystkich aptekach.

Sapomenthol. (Maść Sapomentholowa).

Zawiera ciała lotne jak: olejki eteryczne, kamforę, amoniak, alkohol, mentol, itp., które przetrawiane na gorąco w maszynach parowych z mydłem, dają jednolitą masę, łatwo dokładnie wetrzeć się dającą. W użyciu przyjemny, o miłej woni. **Działa znakomicie w bólach reumatycznych różnych postaci**, specyalnie w reumatyzmie mięśniowym, lumbago, ischias, nerwobólach itp. W działaniu szybki i często pewny nawet w wypadkach, gdy inne leki skutku nie wywierały. Skuteczność Sapomentholu stwierdzają liczne poświadczenia lekarskie, jakoteż badania, czynione na klinice wiedeńskiej na oddziele III. Sposób użycia: Odpowiednie części ciała naciera się silnie, poczem owija takowe watą lub flanelą. — Do nabycia we wszystkich aptekach, po cenie za mały słoik Kor. 1·40, za duży Kor. 5. Tylko w oryginalnych słoikach. Dozwolony w cesarstwie rosyjskiem przez zatwierdzenie Rady Lek. i Min. spraw. wewn. w Petersburgu.



Stomachin (Cognac chinae).



Jest czystym wyciągiem kory chinowej królewskiej i gorzkich korzeni na koniaku francuskim. **Wyborne jako „Stomachicum"**. Działa wzmacniająco, ułatwia trawienie, podnieca i zwiększa apetyt, wzmacnia, działając szybko. Przy „Hyperemensis gravidarum" wywiera zbawienne skutki, wstrzymując wymioty i nudności. Dla cierpiących na płuca, specyalny cum acid. cynamilico, a to: 0·35 w 200 gramach. Sposób użycia: Bezpośrednio przed jedzeniem kieliszek. Cena małej flaszki Kor. 2, większej Kor. 4. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Uprasza się celem otrzymania wyrobu właściwego, przepisując używać zawsze formułki: oryginał Matula. Nazwy, marka ochronna i opakowanie prawnie zastrzeżone. Broszury i próbki dla Panów Lekarzy gratis i franco, przesyła Laboratoryum i Fabryka przetworów farmaceutycznych EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa.